**KHÔNG in trang này ra giấy**

**ĐỀ NGHỊ ĐỌC KỸ VÀ THỰC HIỆN THEO HƯỚNG DẪN**

1. Nơi sinh: Ghi rõ tên tỉnh/thành phố. Vd: Thành phố Hồ Chí Minh, tỉnh Hà Nam, tỉnh Quảng Ngãi, Thành phố Đà Nẵng, tỉnh Đắk Lắk, … *KHÔNG VIẾT TẮT* tên tỉnh/thành phố, *KHÔNG ghi tên xã/huyện hoặc tên bệnh viện trong Nơi sinh*
2. Ghi một trong năm thông tin về số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng
3. Nơi cấp: Đề nghị xem và viết đúng tên cơ quan cấp căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu (theo thông tin trên căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu, vd: Bộ Công an, Cục Cảnh sát quản lý hành chính về trật tự xã hội, …)
4. Địa chỉ: Ghi theo địa chỉ trên căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu
5. Văn bằng chuyên môn: Ghi rõ theo bằng tốt nghiệp

\*Yêu cầu tất cả thông tin phải được gõ vi tính trước khi in ra giấy để ký tên.

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

*Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 202*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: Ban Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Họ và tên: VIẾT IN HOA Giới tính:

Ngày, tháng, năm sinh: DD/MM/YYYY

Nơi sinh: (1)

Số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu: (2)

Ngày cấp: DD/MM/YYYY Nơi cấp: (3)

Địa chỉ: (4)

Điện thoại: 0990 ABC DEG Email:

Văn bằng chuyên môn: (5)

Thời gian đăng ký thực hành: DD/MM/YYYY - DD/MM/YYYY

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, kính đề nghị Ban Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tôi xin cam kết sẽ thực hiện đúng các quy định của pháp luật về việc thực hành khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác có liên quan của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NGƯỜI LÀM ĐƠN***(Ký và ghi rõ họ tên)* |

\*Số điện thoại liên hệ trong trường hợp khẩn cấp: (ghi rõ họ tên), điện thoại: 0990 ABC DEF, quan hệ với người làm đơn: (Cha, Mẹ, Anh, Chị, …)