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

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

*Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 20*

**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: Nữ/Nam)

Ngày, tháng, năm sinh: DD/MM/YYYY

Nơi sinh: ghi tên tỉnh/thành phố sau khi đã sáp nhập và tỉnh/thành phố cũ – vd: Thành phố Hồ Chí Minh (cũ: Tỉnh Bình Dương)

Số căn cước công dân/số căn cước: Ghi số căn cước công dân còn hạn sử dụng

Ngày cấp: DD/MM/YYYY

Nơi cấp: Chọn 1: Bộ Công an, Cục Cảnh sát quản lý hành chính về trật tự xã hội

Địa chỉ: ghi theo địa chỉ mới (sau khi đã sáp nhập tỉnh/thành) và địa chỉ cũ, vd: 215 Hồng Bàng, Phường Chợ Lớn, Thành phố Hồ Chí Minh (cũ: 215 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh)

Điện thoại: 0990 ABC DEG Email: abcdef@gmail.com

Văn bằng chuyên môn: Ghi rõ theo bằng tốt nghiệp (Vd: Cử nhân Phục hồi chức năng, Cử nhân Kỹ thuật xét nghiệm y học, Cử nhân Kỹ thuật hình ảnh y học, …

Thời gian đăng ký thực hành: Từ ngày DD/MM/YYYY đến hết ngày DD/MM/YYYY – Ghi theo các mốc thời gian trên thông báo chiêu sinh

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, ghi rõ họ tên)* |

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

**KẾ HOẠCH THỰC HÀNH   
TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH**

**DD/MM/YYYY – DD/MM/YYYY**

Họ và tên: VIẾT IN HOA

Ngày sinh: DD/MM/YYYY

Tốt nghiệp Cử nhân Kỹ thuật phục hồi chức năng năm 2024 tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Kế hoạch thực hành 6 tháng tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh:

* Khoa Cấp cứu: 1 tháng
* Khoa Phục hồi chức năng: 5 tháng

*Ngày tháng năm 20*

**Người lập kế hoạch**

*(ký và ghi rõ họ tên)*