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

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

*Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2025*

**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: Nam/Nữ

Ngày, tháng, năm sinh: DD/MM/YYYY

Nơi sinh: Ghi rõ tên tỉnh/thành phố mới – xem căn cước điện tử trên app VNeID

Số căn cước công dân/số định danh cá nhân/số hộ chiếu: Ghi số căn cước công dân/số căn cước/số hộ chiếu 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 địa chỉ thường trú – xem căn cước điện tử trên app VNeID

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

Văn bằng chuyên môn: Ghi theo bằng tốt nghiệp, vd: Cử nhân Dinh dưỡng

Thời gian đăng ký thực hành: Từ ngày 20/10/2025 đến hết ngày 20/04/2026

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****Họ và tên** |

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