**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
 Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

*Thái Nguyên, ngày……… tháng ..... năm 20……*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: Bộ Y tế

Họ và tên: .....................................................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh: ................................................................................................

Địa chỉ cư trú: ..............................................................................................................

Số căn cước công dân:..................................................................................................

Ngày cấp ................................. Nơi cấp: .....................................................................

Điện thoại: ................................ Email (nếu có): ........................................................

Là người đang làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên.

Văn bằng chuyên môn: ...............................................................................................

Chức danh đề nghị cấp: ...............................................................................................

Trường hợp đề nghị cấp: Cấp mới giấy phép hành nghề khám bệnh chữa bệnh.

Phạm vi hành nghề đề nghị cấp:……………………………………………………...

Số giấy phép hành nghề đã được cấp (nếu có):……………………………………....

Hồ sơ đề nghị cấp mới giấy phép hành nghề gồm các giấy tờ sau:

|  |
| --- |
| 1. Đơn đề nghị cấp giấy phép hành nghề khám bệnh chữa bệnh
2. Bản sao có chứng thực văn bằng chuyên môn
 |
| 1. Giấy chứng nhận sức khỏe
 |
| 1. Sơ yếu lý lịch tự thuật
 |
| 1. Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành
 |
| 1. 02 ảnh màu (nền trắng) 04cm x 06cm
 |

 Tôi xin cam đoan những thông tin kê khai ở trên của tôi và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính xác thực của nội dung kê khai cũng như các giấy tờ trong bộ hồ sơ này. Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi./.

|  |  |
| --- | --- |
|    | **NGƯỜI LÀM ĐƠN**(Ký và ghi rõ họ, tên) |
| BỘ Y TẾ**BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG****THÁI NGUYÊN** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
|  | *Thái Nguyên, ngày …….. tháng ……năm 20……* |

**PHIẾU NHẬN XÉT QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**1. Người hướng dẫn thực hành:**

- Họ và tên:………………………………………………………………………..

- Số chứng chỉ hành nghề KBCB:………………………………………………...

- Phạm vi hoạt động chuyên môn:………………………………………………...

- Đơn vị công tác:………………………………………………………………....

**2. Người thực hành:**

- Họ và tên:………………………………………………………………………..

- Ngày tháng năm sinh:…………………………………………………………...

- Số CMND/ Thẻ căn cước:………………………………………………………

- Thời gian thực hành: ……………………………………………………………

- Chuyên khoa đăng ký thực hành: ……………………………………………….

- Địa điểm thực hành: …………………………………………………………….

**3. Kết quả thực hành:**

- Năng lực thực hành chuyên khoa:………………………………………………

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

- Ý thức, tổ chức kỷ luật trong thời gian thực hành:……………………………...

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN**

*(Ký ghi rõ họ, tên)*

|  |  |
| --- | --- |
| BỘ Y TẾ**BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG****THÁI NGUYÊN** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số:         /GXNTH | *Thái Nguyên, ngày …….. tháng ……năm 20…….* |

**GIẤY XÁC NHẬN HOÀN THÀNH QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH**

**Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên xác nhận:**

Họ và tên: ………………………………………………………………………...

Ngày, tháng, năm sinh: ............./................/...................

Địa chỉ cư trú: ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………....

Số căn cước công dân: .....................................................................................

Ngày cấp: ........./......../................. Nơi cấp: ...................................................

Văn bằng chuyên môn:

- ……………………………………………...Năm tốt nghiệp: …………………

Đã thực hành tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành:
* Từ tháng……….....đến nay thực hành tại ………….………………………… ……………………………do …………………..………………… hướng dẫn.

2. Năng lực chuyên môn: Thực hành thành thạo các kỹ năng chuyên môn, các quy trình kỹ thuật chuyên ngành……………………………………………...

3. Đạo đức nghề nghiệp:

Tuân thủ đúng nội quy, quy định của ngành, của Bệnh viện. Không vi phạm đạo đức nghề nghiệp, thực hiện tốt 12 điều y đức.

|  |  |
| --- | --- |
|   | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH** |

 **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
 Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ảnh nền trắng**

**4cm x 6cm**

 **SƠ YẾU LÝ LỊCH**

 **TỰ THUẬT**

Họ và tên: ………………………………………………….. Nam, nữ: ……………………….

Sinh ngày …........... tháng ……....... năm ………………………

Nơi thường trú hiện nay:  ………….....………...…………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….

Số căn cước công dân: .............................................................................................

Ngày cấp ...................................................... Nơi cấp: ..................................................................

Số điện thoại liên hệ: Nhà riêng …………....….. ; Di động (nếu có) ............................................

Khi cần báo tin cho ai? ở đâu?: ......................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|   | *Số hiệu:……………………*……*Ký hiệu:………………………….* |

 Họ và tên: .............................................................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh:…………………………….Tại:.................................................................

Nguyên quán: ..................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

Nơi đăng ký thường trú hiện nay:....................................................................................................

Dân tộc: ...................................................... Tôn giáo: ...................................................................

Trình độ văn hóa: ..........................................Ngoại ngữ: ...............................................................

Trình độ chuyên môn: ………………………... Loại hình đào tạo: ...............................................

Chuyên ngành đào tạo:....................................................................................................................

Nghề nghiệp: ..................................................................................................................................

**HOÀN CẢNH GIA ĐÌNH**

Họ và tên bố: ...................................................... Tuổi………… Nghề nghiệp …………………

Họ và tên mẹ: ...................................................... Tuổi: ……… Nghề nghiệp ………………….

Họ và tên vợ hoặc chồng: ............................................................ Tuổi: ............................. …….

Nghề nghiệp:..................................................................................................................................

Nơi làm việc: ..................................................................................................................................

Chỗ ở hiện nay: ..............................................................................................................................

**QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO CỦA BẢN THÂN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Từ tháng năm đến tháng năm | Chuyên ngành đào tạo | Tên cơ sở đào tạo | Văn bằng, chứng chỉ được cấp |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   |   |   |   |

**QUÁ TRÌNH CÔNG TÁC CỦA BẢN THÂN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Từ tháng năm đến tháng năm | Làm công tác gì? | Ở đâu? | Giữ chức vụ gì? |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

Có thuộc các trường hợp bị cấm hành nghể theo quy định tại Điều 20 của Luật khám bệnh, chữa bệnh không? ……………………………………………………………………………

Ghi rõ nếu có:…………………………………………………………………………….

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thực, nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật./.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Xác nhận của Thủ trưởng cơ quan/Đơn vị công tác/** | *Thái Nguyên, ngày........ tháng........ năm........***Người khai ký tên** |