**Mẫu 04**

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

*……1…….., ngày.... tháng... năm 20....*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: ..........................2............................

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

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

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

Hộ chiếu số3: ............................... Ngày cấp ............................... Nơi cấp: ........................

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

Văn bằng chuyên môn: 4 .....................................................................................................

Phạm vi hoạt động chuyên môn đề nghị cấp: .....................................................................

Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ bao gồm các giấy tờ sau đây5:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Bản sao hợp lệ văn bằng chuyên môn | □ |
| 2. | Giấy xác nhận quá trình thực hành | □ |
| 3. | Bản sao hợp lệ giấy phép lao động | □ |
| 4. | Bản sao giấy chứng nhận biết tiếng Việt thành thạo hoặc giấy chứng nhận sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc giấy chứng nhận đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh | □ |
| 5. | Giấy chứng nhận sức khỏe | □ |
| 6. | Hai ảnh màu (nền trắng) 04 cm x 06 cm | □ |

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi./.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Địa danh.

2 Tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề.

3 Hộ chiếu còn hạn sử dụng.

4 Văn bằng chuyên môn ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh hoặc các văn bằng chuyên môn khác.

5 Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ.

**Mẫu 02**

|  |  |
| --- | --- |
| ………..1……….. ………..2……….. **----------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ------------------------** |
| Số:       /GXNTH | *……3…….., ngày.... tháng... năm 20....* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH**

...............................2....................... xác nhận:

Ông/bà: ...............................................................................................................................

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

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

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu4:........................................

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

Văn bằng chuyên môn: ........................5.............................  Năm tốt nghiệp: ………………

đã thực hành tại ...................................2................. do ........................6....................... hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành:8 ......................................................................................................

2. Năng lực chuyên môn: 9 ..................................................................................................

3. Đạo đức nghề nghiệp: 10 ..................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC** *(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2 Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3 Địa danh.

4 Ghi một trong ba thông tin về số chứng minh nhân dân hoặc số định danh cá nhân hoặc số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

5 Ghi văn bằng theo đơn của người đăng ký thực hành.

6 Họ và tên người chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn thực hành.

8 Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày .... tháng ...năm.... đến ngày.... tháng ....năm...

9 Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo chuyên khoa đăng ký thực hành.

10 Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh.

**Mẫu 03**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ảnh mầu  04 cm x 06 cm (có đóng dấu giáp lai của của cơ quan xác nhận lý lịch) |  |

**SƠ YẾU LÝ LỊCH**

**TỰ THUẬT**

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

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

Nơi ở đăng ký hộ khẩu thường trú hiện nay: ......................................................................

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

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

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu1:.......................................

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: .............................................................................................................................

Sinh ngày ………….tháng ……………….năm …..……..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? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**KHEN THƯỞNG VÀ KỶ LUẬT**

Khen thưởng: ....................................................................................................................

Kỷ luật: ..............................................................................................................................

**LỜI CAM ĐOAN**

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/ Chủ tịch Ủy ban nhân dân xã, phường2** | *…….., ngày.... tháng... năm...* **Người khai ký tên** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Ghi một trong ba thông tin về số chứng minh nhân dân hoặc số định danh cá nhân hoặc số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

2 Trường hợp tại thời điểm nộp hồ sơ người đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề không làm việc tại cơ sở y tế nào thì cần được xác nhận bởi Chủ tịch Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn nơi đăng ký hộ khẩu thường trú.

**Mẫu 01**

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

*……1…….., ngày.... tháng... năm 20....*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

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

Kính gửi: ............................2..........................

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

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

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu3: ........................................

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

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

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

Văn bằng chuyên môn: 4  .....................................................................................................

Chuyên khoa đăng ký thực hành: 5  .....................................................................................

Thời gian đăng ký thực hành: ..............................................................................................

Để có đủ điều kiện được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị ………2……… 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)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Địa danh.

2 Chức danh người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đề nghị đăng ký thực hành như: Giám đốc bệnh viện..., Trưởng phòng khám....

3 Ghi một trong ba thông tin về số chứng minh nhân dân hoặc số định danh cá nhân hoặc số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

4 Ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh.

5 Người thực hành đăng ký phù hợp văn bằng chuyên môn được đào tạo.

**Mẫu 02**

|  |  |
| --- | --- |
| ………..1……….. ………..2……….. **----------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ------------------------** |
| Số:       /HĐTH-…….3…….. | *……4…….., ngày.... tháng... năm 20....* |

**HỢP ĐỒNG**

**THỰC HÀNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Căn cứ Bộ luật dân sự ngày 24 tháng 11 năm 2015;

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Hôm nay, ngày ……… tháng …… năm …… tại .................5............... , chúng tôi gồm:

**BÊN A:**2 ..............................................................................................................................

Đại diện là ông/bà:6 .............................................................................................................

Chức vụ: .............................................................................................................................

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

Địa chỉ thường trú:...................................................... Điện thoại:......................................

**BÊN B:** 7 .............................................................................................................................

Ông/bà: ...............................................................................................................................

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

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

Văn bằng chuyên môn: 8 .....................................................................................................

Địa chỉ thường trú: ..............................................................................................................

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu9:.......................................

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

Thỏa thuận ký kết hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo các điều khoản sau đây:

**Điều 1. Thời gian, địa điểm và nội dung chuyên môn thực hành**

1. Thời gian thực hành: Ông/bà…………. có văn bằng chuyên môn ………… được thực hành từ ngày ……… tháng ……… năm ………  đến ngày ……… tháng ……… năm ………

2. Địa điểm thực hành: 10 ......................................................................................................

3. Nội dung chuyên môn thực hành: 11 .................................................................................

**Điều 2. Quyền và nghĩa vụ của Bên A**

1. Bên A có quyền:

a) Bố trí người hướng dẫn thực hành để hướng dẫn người thực hành thực hành theo đúng các điều khoản ghi trong Hợp đồng.

b) Chấm dứt Hợp đồng thực hành hoặc các biện pháp xử lý khác nếu người thực hành vi phạm các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

c) Thu kinh phí thực hành theo thỏa thuận với Bên B.

d) Các quyền khác (nếu có)

2. Bên A có nghĩa vụ:

a) Bảo đảm các điều kiện thuận lợi để người thực hành được thực hành theo đúng các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

b) Bảo đảm quyền lợi của người thực hành theo quy định của pháp luật (nếu có).

c) Xác nhận quá trình thực hành theo đúng mẫu quy định tại Mẫu 02 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số ……./2016/NĐ-CP ngày … tháng … năm 2016 của Chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

**Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của Bên B**

1. Bên B có quyền:

a) Được thực hành khám bệnh, chữa bệnh, chăm sóc người bệnh dưới sự giám sát của người hướng dẫn thực hành.

b) Được cung cấp các phương tiện, thiết bị bảo hộ trong quá trình thực hành: 12

c) Được hưởng các quyền lợi theo quy định của pháp luật (nếu có).

d) Được cấp giấy xác nhận quá trình thực hành.

đ) Các quyền khác (nếu có).

2. Bên B có nghĩa vụ:

a) Chấp hành nội quy, quy chế chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Hoàn thành những nhiệm vụ đã cam kết trong hợp đồng thực hành.

c) Nộp kinh phí thực hành đầy đủ theo thỏa thuận với Bên A.

d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

**Điều 4. Điều khoản thi hành**

1. Hợp đồng này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ hết hiệu lực khi kết thúc thời gian thực hành và các bên đã hoàn thành các nghĩa vụ của Hợp đồng.

2. Hai bên cam kết thực hiện đúng những điều khoản nêu trên, bên nào vi phạm bên đó phải chịu trách nhiệm trước pháp luật. Trong quá trình thực hiện Hợp đồng, nếu xảy ra tranh chấp thì hai bên cùng nhau thương lượng giải quyết, nếu không thống nhất thì đưa ra Tòa án để giải quyết.

3. Hợp đồng này làm thành hai bản có giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ một bản./.

|  |  |
| --- | --- |
| **BÊN A** *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* | **BÊN B** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2 Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3 Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

4 Địa danh.

5 Địa điểm ký kết hợp đồng.

6 Ghi rõ họ, tên của người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

7 Họ và tên người đăng ký thực hành.

8 Ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh.

9 Ghi một trong ba thông tin về số chứng minh nhân dân hoặc số định danh cá nhân hoặc số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

10 Ghi rõ tên khoa/bộ phận chuyên môn nơi thực hành.

11 Ghi cụ thể nhiệm vụ chuyên môn của người đề nghị thực hành.

12 Ghi cụ thể các phương tiện, thiết bị bảo hộ trang bị cho người thực hành.

**Mẫu 03**

|  |  |
| --- | --- |
| ………..1……….. ………..2……….. **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ------------------------** |
| Số:       /QĐ-…….3…….. | *……4…….., ngày.... tháng... năm 20....* |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc tiếp nhận và phân công người hướng dẫn thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Căn cứ ...................................................... 5 ......................................................;

Căn cứ Điều 24 Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Xét đơn đề nghị của ...................................................... 6 .................................................,

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Tiếp nhận ông/bà…….7.......... , sinh ngày...tháng....năm ........, có văn bằng chuyên môn .................................... được thực hành tại khoa/bộ phận chuyên môn …………… trong thời gian từ ngày....tháng... năm ……… đến ngày....tháng... năm ……………

**Điều 2.** Phân công ông/bà ................8..................... , chứng chỉ hành nghề số:….....9……… chịu trách nhiệm chính để hướng dẫn thực hành cho ông/bà .....................7.................... trong thời gian quy định tại Điều 1 Quyết định này.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Các ông/bà có tên tại Điều 1, Điều 2 và ....10.... chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC** *(Ký và ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2 Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3 Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4 Địa danh.

5 Căn cứ văn bản quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở.

6 Ghi rõ chức danh của người đứng đầu đơn vị hoặc bộ phận được giao đầu mối về đào tạo thực hành.

7 Ghi rõ họ tên người đăng ký thực hành.

8 Ghi rõ họ tên của người hướng dẫn thực hành chính.

9 Ghi rõ trình độ đào tạo, trình độ chuyên môn theo văn bằng của người hướng dẫn thực hành chính.

10 Ghi cụ thể các cá nhân, đơn vị có liên quan (nếu cần).