**Mẫu 06**

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

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

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn trong chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**

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

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

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

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

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

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

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

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

Số chứng chỉ hành nghề:............................... Ngày cấp ............................... Nơi cấp ……

Phạm vi hoạt động chuyên môn đã được cấp: ...................................................................

Phạm vi hoạt động chuyên môn đề nghị thay đổi: ..............................................................

Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ bao gồm các giấy tờ sau đây4:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Bản sao hợp lệ văn bằng, chứng chỉ, giấy chứng nhận chuyên môn | □ |
| 2. | Giấy xác nhận quá trình thực hành | □ |
| 3. | Bản gốc chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp | □ |
| 4. | Hai ảnh màu (nền trắng) 04 cm x 06 cm | □ |

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn trong 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 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 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 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 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).