

.....¹.....

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

.....²....., ngày...7... tháng...7... năm 2023

**THÔNG BÁO ĐĂNG KÝ HOẠT ĐỘNG
CỦA CƠ SỞ DỊCH VỤ THẨM MỸ**

Kính gửi: ³.....Sở y tế Bình Phước.....

I. THÔNG TIN CHUNG VỀ CƠ SỞ:

- Tên cơ sở: Phạm Thị Xuyên
- Địa chỉ: Khu phố 3, Phường Phước Bình, Thị xã Phước Long, Tỉnh Bình Phước
- Điện thoại: 0935.74.8006.....Email:.....

II. NHÂN SỰ CỦA CƠ SỞ:

ST T	Họ và tên	Cơ sở cấp chứng nhận, chứng chỉ hành nghề xăm, phun, thêu ⁴	Cơ sở chứng nhận đã được tập huấn về phòng, chống lây nhiễm các bệnh qua đường máu, dịch sinh học ⁵
1	<u>Phạm Thị Xuyên</u>	<u>Trung tâm giáo dục</u>	<u>Trường Trung cấp y tế huyện</u>
2		<u>Nghề nghiệp Kiên Phước</u>	<u>Hà Nội 28/11/2017</u>
...		<u>Việt Nam</u>	

III. THIẾT BỊ CỦA CƠ SỞ:

STT	Tên thiết bị	Ký hiệu thiết bị (MODEL)	Nguồn gốc xuất xứ	Số lượng	Tình trạng sử dụng
1	<u>Máy phun xăm da/Suy</u>		<u>Trung Quốc</u>	<u>2</u>	<u>Tốt</u>
2	<u>Mực nano Collagen</u>	<u>NANO Collagen</u>	<u>USA</u>	<u>2</u>	<u>Tốt</u>

IV. THỜI GIAN BẮT ĐẦU HOẠT ĐỘNG:

ngày...7... tháng...7... năm 2023

V. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG ĐĂNG KÝ:

Thực hiện Phun Xăm Thẩm mỹ Không sử Dụng Thuốc gây tê da tiêm

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

¹ Tên cơ sở dịch vụ thẩm mỹ.

² Địa danh.¹

3. Sở Y tế nơi cơ sở dịch vụ thẩm mỹ hoạt động.

⁴ Đối với người có giấy chứng nhận hoặc chứng chỉ đào tạo về phun, xăm, thêu trên da.

⁵ Đối với người có giấy chứng nhận đã được tập huấn về phòng, chống lây nhiễm các bệnh qua đường máu, dịch sinh học.

⁶ Ghi cụ thể các dịch vụ thẩm mỹ của cơ sở trừ các dịch vụ được quy định tại khoản 2 Điều 38 Nghị định số/2016/NĐ-CP ngày..... tháng..... năm 2016.

NGƯỜI ĐỨNG ĐẦU CƠ SỞ

(Ký, ghi rõ họ tên)


Phạm Thị Xuyên