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

 *Hậu Giang, ngày 07 tháng 6 năm 2023*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

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

Kính gửi: Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang.

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

Ngày, tháng, năm sinh: ……………………………………………………………

Giấy CCCD số 3: …………………………………………………………………..

Ngày cấp 11/8/2021  Nơi cấp: Cục trưởng Cục cảnh sát quản lý hành chính về trật tự xã hội.

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: 18 tháng từ ngày …………………………………..

Để có đủ điều kiện được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị Ban Giám đốc Bệnh viện đa khoa Hậu Giang 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)* |
|  |  |