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

*……1…….., ngày.... tháng... năm 2024*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

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

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ

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

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

Số chứng minh nhân dân/Số căn cước công dân/Số hộ chiếu3: ...................

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

Địa chỉ : 4.......................................................................................................

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

Văn bằng chuyên môn: 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 Bệnh viện đa khoa huyện Chương Mỹ 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 Ghi rõ tên cơ sở đề nghị đăng ký thực hành

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.

4Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/ căn cước công dân/ căn cước/ hộ chiếu

5 Ghi theo văn bằng đào tạo.