

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

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm ...

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi: Giám đốc Bệnh viện An Bình

Họ và tên (IN HOA):

Ngày, tháng, năm sinh:

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân:

Ngày cấp Nơi cấp

Địa chỉ:¹

Điện thoại Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn:²

Năm tốt nghiệp:

Chuyên ngành đăng ký thực hành:

Thời gian đăng ký thực hành:

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị Bệnh viện An Bình 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 Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân

² Ghi theo văn bằng đào tạo