

Số: 1252/TB-BVAB

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 24 tháng 11 năm 2025

**THÔNG BÁO**

**Chiêu sinh chương trình thực hành khám bệnh, chữa bệnh dành cho  
Bác sĩ y khoa, Bác sĩ răng hàm mặt, Điều dưỡng và Hộ sinh  
tại Bệnh viện An Bình**

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ về việc quy định chi tiết một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Bản công bố số 550/BCB-BVAB ngày 24 tháng 6 năm 2024 của Bệnh viện An Bình về công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng là cơ sở hướng dẫn thực hành;

Căn cứ Bản công bố số 775/BCB-BVAB ngày 05 tháng 8 năm 2024 của Bệnh viện An Bình về công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng là cơ sở hướng dẫn thực hành;

Căn cứ Bản công bố số 232/BCB-BVAB ngày 25 tháng 3 năm 2025 của Bệnh viện An Bình về công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng là cơ sở hướng dẫn thực hành;

Căn cứ Bản công bố số 1009/BCB-BVAB ngày 09 tháng 10 năm 2025 của Bệnh viện An Bình về công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng là cơ sở hướng dẫn thực hành.

Bệnh viện An Bình thông báo chiêu sinh Chương trình thực hành khám bệnh, chữa bệnh với thông tin chi tiết như sau:

**1. Các lớp chiêu sinh**

| TT | Đối tượng              | Thời gia khóa đào tạo                                                             | Số lượng | Học phí                                                                                                       |
|----|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Bác sĩ y khoa, đa khoa | 12 tháng (Bệnh viện An Bình (10 tháng) và Bệnh viện Nhi đồng Thành phố (2 tháng)) | 10       | 3.000.000 đồng/tháng<br><b>Đóng 1 lần trọn 36.000.000 đồng/khóa</b>                                           |
| 2  | Bác sĩ răng hàm mặt    | 12 tháng (Bệnh viện An Bình (8 tháng) và Bệnh viện Nhân dân 115 (4 tháng))        | 10       | 3.000.000 đồng/tháng<br><b>Đóng 1 lần trọn 24.000.000 đồng/khóa</b><br>Riêng 4 tháng tại BV Nhân dân 115 đóng |

| TT | Đối tượng                   | Thời gia khóa đào tạo | Số lượng | Học phí                                                                       |
|----|-----------------------------|-----------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------|
|    |                             |                       |          | theo quy định BV này                                                          |
| 3  | Điều dưỡng cao đẳng trở lên | 6 tháng               | 10       | 2.000.000 đồng/tháng<br><b>Đóng 1 lần trọn</b><br><b>12.000.000 đồng/khóa</b> |
| 4  | Hộ sinh cao đẳng trở lên    | 6 tháng               | 10       | 2.000.000 đồng/tháng<br><b>Đóng 1 lần trọn</b><br><b>12.000.000 đồng/khóa</b> |

## 2. Hình thức thanh toán:

- Thanh toán bằng tiền mặt: tại phòng Tài chính - Kế toán, Bệnh viện An Bình

- Thanh toán bằng chuyển khoản:

+ Tên tài khoản: **Bệnh viện An Bình**

+ Số tài khoản: **110605588368 tại Ngân hàng Vietinbank Chi nhánh 7, Thành phố Hồ Chí Minh.**

+ Nội dung chuyển khoản: Học phí đào tạo thực hành cấp GPHN (Bác sĩ Y khoa 12 tháng; Bác sĩ RHM 12 tháng; Điều dưỡng 6 tháng; Hộ sinh 6 tháng) - Họ và tên

***Ghi chú:** Nếu sử dụng tài khoản không phải học viên thì phần Họ và tên vẫn là họ tên học viên.*

## 3. Tổ chức thực hành

Lịch thực hành của học viên do Đơn vị Đào tạo – Nghiên cứu khoa học sắp xếp để phân bố số lượng học viên hợp lý tại các khoa cùng một thời điểm.

Học viên thực hành luân phiên, tập trung, toàn thời gian trong thời gian quy định tại các khoa theo chương trình.

Tại mỗi khoa, học viên tham gia thực hành và trực gác theo quy định của Bệnh viện.

## 4. Hồ sơ đăng ký nhập học

- Đơn đề nghị thực hành (theo mẫu đính kèm);

- Giấy khám sức khỏe theo quy định có xét nghiệm HbsAg, SGOT và SGPT, HIV (thời gian không quá 06 tháng đến thời điểm đăng ký);

- Sơ yếu lý lịch tự thuật xác nhận tại địa phương (thời gian không quá 06 tháng đến thời điểm đăng ký);

- Bản sao có công chứng CCCD/CC (1 bản);

- Bản sao công chứng văn bằng chuyên môn, bằng tốt nghiệp;

- Giấy giới thiệu của cơ quan, đơn vị đang công tác (nếu có);

- 3 tấm ảnh 3x4 ghi rõ họ tên và ngày, tháng, năm sinh ở mặt sau của ảnh (nền trắng, thời gian không quá 06 tháng đến thời điểm đăng ký).

*(Tất cả các giấy tờ trên được đựng trong túi hồ sơ và ghi đầy đủ các mục theo mẫu quy định)*

- Địa điểm nộp hồ sơ: Phòng Tổ chức cán bộ, Lầu 11, Khu A - Bệnh viện An Bình - 146 An Bình, Phường An Đông (Phường 7, Quận 5 cũ), Thành phố Hồ Chí Minh. Điện thoại: 028. 39234260 - Số nội bộ: 5055.

- Nội dung chương trình: BS. Nguyễn Đức Thành, Đơn vị Đào tạo – Nghiên cứu khoa học, Phòng Kế hoạch tổng hợp – Điện thoại: 0902.351.996

**Lưu ý:**

- Không tiếp nhận hồ sơ qua đường bưu điện.
- Bệnh viện nhận hồ sơ đăng ký liên tục và mở lớp thường xuyên vào ngày 01 đầu hàng tháng khi đủ số lượng.
- Đóng học phí trong vòng 07 ngày kể từ ngày học viên ký hợp đồng thực hành.
- Trong quá trình thực hành, học viên không được vắng quá 10% tổng thời gian thực hành.
- Trong quá trình tham gia thực hành nếu học viên đơn phương chấm dứt hợp đồng, tự ý không tham gia thực hành hoặc bị đình chỉ tham gia thì Bệnh viện sẽ không hoàn trả lại học phí.
- Học viên tự túc chi phí đi lại và ăn ở trong thời gian tham gia thực hành tại Bệnh viện An Bình.
- Không hoàn trả học phí sau khi khai giảng.

Trân trọng thông báo.

**Nơi nhận:**

- Ban Giám đốc (để biết);
- Phòng Tổ chức cán bộ (để thực hiện);
- Tổ Truyền thông – Sự kiện (để đăng tin);
- Lưu: VT, KHTH (NĐTh/03b).



**NGUYỄN ĐỨC TRUNG**

**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:<sup>1</sup> .....

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

Văn bằng chuyên môn:<sup>2</sup> .....

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)*

<sup>1</sup> Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân

<sup>2</sup> Ghi theo văn bằng đào tạo