

Mẫu 02

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

.....¹.....
.....².....

Số: /GXNTH

...³..., ngày..... tháng..... năm 20....

GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH

.....²..... xác nhận:

Ông/bà:

Ngày, tháng, năm sinh:

Địa chỉ cư trú:

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu⁴:

.....Ngày cấp.....Nơi cấp:.....

Văn bằng chuyên môn:⁵..... Năm tốt nghiệp:.....

đã thực hành tại.....²..... do⁶.....hướng dẫn và
đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành: ⁸.....

2. Năng lực chuyên môn: ⁹.....

3. Đạo đức nghề nghiệp: ¹⁰.....

GIÁM ĐỐC

(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

² Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

³ Địa danh.

⁴ 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.

⁵ Ghi văn bằng theo đơn của người đăng ký thực hành.

⁶ Họ và tên người chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn thực hành.

⁸ Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày tháng ...năm.... đến ngày.... thángnăm...

⁹ Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo chuyên khoa đăng ký thực hành.

¹⁰ Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh.