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

*...................., ngày.......tháng…….năm 20....*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

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

Kính gửi: - Giám đốc Bệnh viện Phong – Da liễu Trung ương Quy Hòa

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

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

Giấy chứng minh nhân dân/Thẻ CCCD: .............................

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

Địa chỉ cư trú: ......................................................................................................................

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

Văn bằng chuyên môn:........................................................................................................

Chuyên khoa đăng ký thực hành:  ......................................................................................

Thời gian đăng ký thực hành: .............................................................................................

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