**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

*Thành phố Hồ Chí Minh, ngày … tháng … năm 202…*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

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

Kính gửi: Giám đốc Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Họ và tên (IN HOA):

Ngày, tháng, năm sinh:

Giấy chứng minh nhân dân/Số CCCD:

Ngày cấp: Nơi cấp:

Địa chỉ cư trú:

Điện thoại:

Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn:

Năm tốt nghiệp:

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 bệnh viện Lê Văn Thịnh 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)* |