|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| QUAN CHỦ QUẢN   **TÊN CƠ SỞ Y TẾ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** | |
|  | *………., ngày ….. tháng ….. năm ………* |

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ  
Công bố đủ điều kiện huấn luyện cấp chứng chỉ chứng nhận về y tế lao động**

Kính gửi: Sở Y tế ……………..

1. Tên cơ sở y tế: ………………………..*(Ghi chữ in đậm)* ………………………

2. Địa chỉ: ………………………..………………………..………………………...

Điện thoại: ……………………..Fax: …………………..Email: …………………..

3. Quyết định thành lập (kèm bản sao có công chứng):

Số: ………………………..Ngày tháng năm cấp: ………………………..…………

Cơ quan cấp: ………………………..………………………..………………………

4. Họ và tên thủ trưởng đơn vị: ………………………..……………………………

Số chứng minh nhân dân/hộ chiếu: ………………………..………………………

5. Họ và tên người phụ trách công tác huấn luyện: ………………………..………

Số chứng minh nhân dân/hộ chiếu: ………………………..………………………..

Đề nghị công bố đủ điều kiện hoạt động huấn luyện cấp chứng chỉ chứng nhận về y tế lao động *(cóbản thuyết minh quy mô huấn luyện và các điều kiện, giải pháp thực hiện kèm theo).*

Chúng tôi xin cam kết thực hiện đúng những quy định pháp luật về hoạt động huấn luyện cấp chứng chỉ chứng nhận về y tế lao động và các quy định khác của pháp luật có liên quan./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Thủ trưởng đơn vị***(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |