**Phụ lục IX**

**MẪU VĂN BẢN THÔNG BÁO ĐỦ ĐIỀU KIỆN HOẠT ĐỘNG
CỦA CƠ SỞ DỊCH VỤ XOA BÓP**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **……**[[1]](#footnote-1)*…***…**\_\_\_\_\_\_\_\_  | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***……*[[2]](#footnote-2)…*.., ngày…… tháng….. năm 20….* |

**THÔNG BÁO ĐỦ ĐIỀU KIỆN HOẠT ĐỘNG**

**CỦA CƠ SỞ DỊCH VỤ XOA BÓP (MASSAGE)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Kính gửi: [[3]](#footnote-3)............................................................

**I. THÔNG TIN CHUNG VỀ CƠ SỞ:**

1. Tên cơ sở xoa bóp (massage): …………………………………………

2. Địa chỉ:…………………………………………………………………

3. Điện thoại:………… Số Fax: ………………..Email:…………..........

4. Người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở:

- Họ và tên:…………………………………… …………………………

- Văn bằng chuyên môn:[[4]](#footnote-4)………………………… ……………………..

**II. DANH SÁCH NHÂN VIÊN THỰC HIỆN KỸ THUẬT XOA BÓP TẠI CƠ SỞ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên nhân viên thực hiện kỹ thuật xoa bóp** | **Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| … |  |  |

**III. DỤNG CỤ Y TẾ CỦA CƠ SỞ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên dụng cụ y tế**[[5]](#footnote-5) | **Số lượng** | **Tình trạng sử dụng** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

**IV. THỜI GIAN BẮT ĐẦU HOẠT ĐỘNG:**

ngày ... tháng … năm ...

1. Tên cơ sở dịch vụ xoa bóp. [↑](#footnote-ref-1)
2. Địa danh. [↑](#footnote-ref-2)
3. Sở Y tế nơi cơ sở dịch vụ xoa bóp hoạt động. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ghi cụ thể văn bằng, chứng chỉ theo quy định tại điểm a khoản 3 Điều 39 Nghị định số ……/2016/NĐ-CP ngày….. tháng…… năm 2016. [↑](#footnote-ref-4)
5. Liệt kê theo điểm b khoản 2 Điều 39 Nghị định số ……/2016/NĐ-CP ngày….. tháng…… năm 2016. [↑](#footnote-ref-5)