**Mẫu 02**

|  |  |
| --- | --- |
| ............[[1]](#footnote-2)...........  ............[[2]](#footnote-3)............  \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Số: /GXNTH | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *…[[3]](#footnote-4)…, 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 chiếu [[4]](#footnote-5):

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

Văn bằng chuyên môn: …………[[5]](#footnote-6)………. Năm tốt nghiệp:…………….

đã thực hành tại.....................2.................. do ………………[[6]](#footnote-7)…….hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành: [[7]](#footnote-8)8

2. Năng lực chuyên môn: [[8]](#footnote-9)9

3. Đạo đức nghề nghiệp: [[9]](#footnote-10)10

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC**  *(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

1. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-2)
2. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-3)
3. Địa danh. [↑](#footnote-ref-4)
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. [↑](#footnote-ref-5)
5. Ghi văn bằng theo đơn của người đăng ký thực hành. [↑](#footnote-ref-6)
6. Họ và tên người chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn thực hành. [↑](#footnote-ref-7)
7. 8 Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày …. tháng …năm…. đến ngày…. tháng ….năm… [↑](#footnote-ref-8)
8. 9 Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo chuyên khoa đăng ký thực hành. [↑](#footnote-ref-9)
9. 10 Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh. [↑](#footnote-ref-10)