**Mẫu 07 - Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN1**TÊN CƠ SỞ HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc------------** |
| Số:……/…….. | *….……, ngày …. tháng …. năm …* |

**GIẤY XÁC NHẬN HOÀN THÀNH QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH**

............................2....................xác nhận:

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

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

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

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu3:…………………………………………………...............................................................

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

Văn bằng chuyên môn:………………4…………………Năm tốt nghiệp:……………............

Đã thực hành tại:…………………5……………….. do …………………6……………. hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành: …………………………………………………....................

2. Năng lực chuyên môn:7 ……………………………………………………...............

3. Đạo đức nghề nghiệp:8…………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ HƯỚNG DẪN****THỰC HÀNH9** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở hướng dẫn, thực hành.

2 Tên cơ sở hướng dẫn, thực hành.

3 Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

4 Ghi rõ theo văn bằng, chuyên môn theo văn bằng đào tạo.

5 Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn đã thực hành.

6 Họ và tên người chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn thực hành.

7 Nhận xét cụ thể về khả năng khám bệnh, chữa bệnh theo chuyên khoa đăng ký thực hành.

8 Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh.

9 Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.