**PHỤ LỤC I**

CÁC BIỂU MẪU VỀ THỰC HÀNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH VÀ CẤP GIẤY PHÉP HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH  
*(Kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** | **Mẫu** | **Tên phụ lục** |
| 1 | Mẫu 01 | Bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành |
| 2 | Mẫu 02 | Phiếu tiếp nhận hồ sơ |
| 3 | Mẫu 03 | Đơn đề nghị thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh |
| 4 | Mẫu 04 | Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh |
| 5 | Mẫu 05 | Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh |
| 6 | Mẫu 06 | Quyết định phân công người hướng dẫn thực hành |
| 7 | Mẫu 07 | Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành |
| 8 | Mẫu 08 | Đơn đề nghị cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh/thừa nhận giấy phép hành nghề |
| 9 | Mẫu 09 | Sơ yếu lý lịch tự thuật |
| 10 | Mẫu 10 | Quyết định về việc điều chỉnh phạm vi hành nghề |
| 11 | Mẫu 11 | Giấy xác nhận quá trình hành nghề |

**Mẫu 01 - Bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN1 **TÊN CƠ QUAN, TỔ CHỨC2 -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số:……/……3…… | *…..4……, ngày …. tháng …. năm …* |

**BẢN CÔNG BỐ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành**

Kính gửi:……………5…………….

Tên cơ sở hướng dẫn thực hành:………………………6……………………….

Số giấy phép hoạt động…………Cơ quan cấp:………7…….ngày … tháng … năm .....

Địa chỉ:…………………………8……………………………….......................................

Người chịu trách nhiệm chuyên môn:………………………………………........

Điện thoại liên hệ:……………………..Email (nếu có):………………………...........

Căn cứ Nghị định số /2023/NĐ-CP ngày tháng năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành theo quy định với các nội dung sau đây:

1. Đối tượng hướng dẫn thực hành: …………………………9………………………

2. Danh sách người hướng dẫn thực hành…………………………10…………………

3. Các nội dung thực hành được ký hợp đồng hợp tác với cơ sở thực hành khác (nếu có) …………………………11………………………...............................................

4. Số lượng người thực hành có thể tiếp nhận để hướng dẫn thực hành……………......

5. Chi phí hướng dẫn thực hành…………………………1……………………........

Cơ sở cam kết và chịu trách nhiệm trước pháp luật về các nội dung đã công bố.

Tài liệu gửi kèm theo Bản công bố (nếu có)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **THỦ TRƯỞNG CƠ SỞ** *(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* Trường hợp thực hiện trực tuyến thì ký số  hợp lệ của cá nhân, tổ chức |

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

1 Tên cơ quan, tổ chức chủ quản trực tiếp của cơ sở thực hành (nếu có).

2 Tên cơ sở hướng dẫn thực hành.

3 Chữ viết tắt tên cơ quan, tổ chức ban hành văn bản công bố.

4 Địa danh.

5 Tên cơ quan tiếp nhận văn bản công bố.

6 Ghi rõ tên cơ sở hướng dẫn thực hành.

7 Ghi rõ tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

8 Địa chỉ ghi trên Giấy phép hoạt động.

9 Đối tượng hướng dẫn thực hành: liệt kê các chức danh chuyên môn mà cơ sở hướng dẫn thực hành phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.

10 Liệt kê danh sách người hướng dẫn thực hành.

11 Liệt kê nội dung người thực hành không thực hành tại cơ sở đó mà phải thực hành ở cơ sở khác (kèm theo hợp đồng hợp tác thực hành).

1 Ghi cụ thể chi phí hướng dẫn thực hành.

**Mẫu 02 - Phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố**

|  |  |
| --- | --- |
| .............1............. **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ……/PTN-……2…… | *…..3……, ngày …. tháng …. năm …* |

**PHIẾU TIẾP NHẬN**

**Hồ sơ công bố…………4……………**

Họ và tên: …………………………5………………….................................................

Địa chỉ: …………………………6……………………………..............................

Điện thoại: …………………………………………………………............................

Đã nhận hồ sơ đề nghị hồ sơ công bố …7… gồm các giấy tờ sau8:

1…………………………………………………………………..................................

2………………………………………………………………….................................

3…………………………………………………………….........................................

…………………………………………………………...........................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………….., ngày …. tháng …. năm …* **NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ** *(Ký, ghi rõ chức danh, họ và tên)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần: | ngày | tháng | năm | Ký nhận |
| Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần: | ngày | tháng | năm | Ký nhận |
| Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần: | ngày | tháng | năm | Ký nhận |

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

1 Tên cơ quan cấp giấy xác nhận.

2 Chữ viết tắt tên cơ quan cấp.

3 Địa danh.

4 Ghi rõ nội dung hồ sơ công bố (ví dụ: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khỏe; cơ sở đủ điều kiện là cơ sở thực hành, ...).

5 Viết chữ in hoa đầy đủ tên theo chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

6 Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

7 Ghi rõ tên thủ tục hành chính (VD: công bố cơ sở đủ điều kiện thực hành, ...).

8 Phải liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn. Các giấy tờ tài liệu phải đầy đủ và được sắp xếp theo thứ tự quy định tại Nghị định số …./2023/NĐ-CP.

Ghi chú: Trường hợp thực hiện thủ tục trên môi trường điện tử, người thực hiện thủ tục hành chính chỉ cần kê khai các thông tin: họ và tên; ngày tháng năm sinh; số định danh cá nhân/số căn cước công dân/số căn cước.

**Mẫu 03 - Đơn đề nghị thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc   
------------**

*…..1……, ngày …. tháng …. năm …*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

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

Kính gửi: …………………………2………………………………

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

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

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:…………………………

Địa chỉ: …………………………4………………...............................................

Điện thoại:…………………. Email (nếu có):…………………..................................

Văn bằng chuyên môn:5…………………………………………..................

Thời gian đăng ký thực hành:………………………………………............

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị………………2………………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)* |

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

1 Địa danh.

2 Ghi rõ tên cơ sở đề nghị đăng ký 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 theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

5 Ghi theo văn bằng đào tạo.

**Mẫu 04 - Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

|  |  |
| --- | --- |
| .............1............. .............2............. **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  --------------** |
| Số:……/HĐTH-……3…… | *…..4……, ngày …. tháng …. năm …* |

**HỢP ĐỒNG**

**Thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

*Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày 24 tháng 11 năm 2015;*

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;*

*Căn cứ Nghị định số /2023/NĐ-CP ngày tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;*

Hôm nay, ngày …. tháng … năm … tại …………………., chúng tôi gồm:

**BÊN A:………………………………………….......................................................**

Đại diện là ông/bà:…………………………………………………………...........

Chức vụ: …………………………………………………………..............................

Địa chỉ thường trú: …………………Điện thoại: ………………….....................

**BÊN B:** **……………………………………….........................................................**

Ông/bà: …………………………………………..................................................

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

Văn bằng chuyên môn: …………………………5……………………….................

Địa chỉ thường trú: …………………………………………………...........................

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu:…………6………… Ngày cấp ………………. Nơi cấp:…………………….

Thỏa thuận ký kết hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo các điều khoản sau đây:

**Điều 1. Thời gian, địa điểm và nội dung chuyên môn thực hành**

1. Thời gian thực hành: Ông/bà ………………. có văn bằng chuyên môn…7…………được thực hành từ ngày …….. tháng …. năm …. đến ngày ….. tháng …. năm ……....

2. Địa điểm thực hành: …………………………8………………..................................

3. Nội dung chuyên môn thực hành: …………………………9……………...........

**Điều 2. Quyền và nghĩa vụ của Bên A**

1. Bên A có quyền:

a) Bố trí người hướng dẫn thực hành để hướng dẫn người thực hành thực hành theo đúng các điều khoản ghi trong Hợp đồng.

b) Chấm dứt Hợp đồng thực hành hoặc các biện pháp xử lý khác nếu người thực hành vi phạm các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

c) Thu phí thực hành theo thỏa thuận với Bên B.

d) Các quyền khác (nếu có)

2. Bên A có nghĩa vụ:

a) Bảo đảm các điều kiện thuận lợi để người thực hành được thực hành theo đúng các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

b) Bảo đảm quyền lợi của người thực hành theo quy định của pháp luật (nếu có).

c) Xác nhận quá trình thực hành theo đúng mẫu quy định tại Mẫu 07 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số ............./2023/NĐ-CP ngày … tháng ... năm 2023 của Chính phủ.

d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

**Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của Bên B**

1. Bên B có quyền:

a) Được thực hành khám bệnh, chữa bệnh dưới sự giám sát của người hướng dẫn thực hành.

b) Được cung cấp các phương tiện, thiết bị bảo hộ trong quá trình thực hành: ………………… 10…………………………….....................................................

c) Được hưởng các quyền lợi theo quy định của pháp luật (nếu có).

d) Được cấp giấy xác nhận quá trình thực hành.

đ) Các quyền khác (nếu có).

2. Bên B có nghĩa vụ:

a) Chấp hành nội quy, quy chế chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Hoàn thành những nhiệm vụ đã cam kết trong hợp đồng thực hành.

c) Nộp kinh phí thực hành đầy đủ theo thỏa thuận với Bên A.

d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

**Điều 4. Điều khoản thi hành**

1. Hợp đồng này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ hết hiệu lực khi kết thúc thời gian thực hành và các bên đã hoàn thành các nghĩa vụ của Hợp đồng.

2. Hai bên cam kết thực hiện đúng những điều khoản nêu trên, bên nào vi phạm bên đó phải chịu trách nhiệm trước pháp luật. Trong quá trình thực hiện Hợp đồng, nếu xảy ra tranh chấp thì hai bên cùng nhau thương lượng giải quyết, nếu không thống nhất thì đưa ra Tòa án để giải quyết.

3. Hợp đồng này làm thành hai bản có giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ một bản.

|  |  |
| --- | --- |
| **BÊN A** *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* | **BÊN B** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

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

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2 Tên cơ sở thực hành.

3 Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4 Địa danh.

5 Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

6 Ghi một trong các 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.

7 Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

8 Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn nơi thực hành.

9 Ghi cụ thể nhiệm vụ chuyên môn của người đề nghị thực hành.

10 Ghi cụ thể các phương tiện, trang thiết bị bảo hộ trang bị cho người thực hành.

**Mẫu 05 - Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
------------**

**DANH SÁCH**

**Người thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

1. Tên cơ sở hướng dẫn thực hành khám bệnh, chữa bệnh: …………………………

………………………………………………………………..........................................

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

3. Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Thời gian đăng ký thực hành tại cơ sở thực hành1** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| … |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…….., ngày …. tháng … năm …* **GIÁM ĐỐC** *(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)* |

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

1 Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày ... tháng ... năm .... đến ngày.... tháng.... năm.

**Mẫu 06 - Quyết định phân công người hướng dẫn thực hành**

|  |  |
| --- | --- |
| .............1............. .............2............. **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  -----------** |
| Số:……/QĐ-……3…… | *…..4……, ngày …. tháng …. năm …* |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc phân công người hướng dẫn thực hành**

…………..

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;*

*Căn cứ Nghị định số /2023/NĐ-CP ngày tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;*

*Căn cứ……………………………5…………………………………........................................*

*Xét đơn đề nghị của……………………………6…………………………………..................*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Tiếp nhận ông/bà ……7………, sinh ngày …. tháng … năm ….., có văn bằng chuyên môn ……………….. được thực hành tại …….……8….………. trong thời gian từ ngày.... tháng ... năm …. đến ngày....tháng... năm……................

**Điều 2.** Phân công ông/bà ……………9…………., chứng chỉ hành nghề số: ………………………10…………………….. chịu trách nhiệm chính để hướng dẫn thực hành cho ông/bà ………………7………….. trong thời gian quy định tại Điều 1 Quyết định này.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Các ông/bà có tên tại Điều 1, Điều 2 và ………………11………….. chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

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

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

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2 Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3 Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4 Địa danh.

5 Căn cứ văn bản quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở.

6 Ghi rõ chức danh của người đứng đầu đơn vị hoặc bộ phận được giao đầu mối về đào tạo thực hành.

7 Ghi rõ họ tên người đăng ký thực hành.

8 Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

9 Ghi rõ họ tên của người hướng dẫn thực hành chính.

10 Ghi rõ trình độ đào tạo, trình độ chuyên môn theo văn bằng của người hướng dẫn thực hành chính.

11 Ghi cụ thể các cá nhân, đơn vị có liên quan (nếu cần).

**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 NAM Độc 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.

**Mẫu 08 - Đơn đề nghị cấp giấy phép hành nghề khám bệnh chữa bệnh/Thừa nhận giấy phép hành nghề**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**------------

*….1……, ngày …. tháng …. năm …*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh/  
Thừa nhận giấy phép hành nghề**

Kính gửi:……………………2……………………

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:……………………………

Điện thoại: ………………………......…………. Email (nếu có):………………...........

Là người đang làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh4:……………………….........

Văn bằng chuyên môn:5 ……………………………………..................................

Chức danh đề nghị cấp: 6 ……………………………………………..........................

Trường hợp đề nghị cấp: 7 …………………………………………….........................

Phạm vi hành nghề đề nghị cấp:……………………………………………................

Số giấy phép hành nghề đã được cấp (nếu có):……………………………….........

Hồ sơ đề nghị…………............………7…….....................………gồm các giấy tờ sau8:

(1) …………………………………………………..................................

(2) ………………………………………………………………..................................

(3) ………………………………………………………………..................................

……………………………………………………………….....................................

Tôi xin cam đoan những thông tin kê khai ở trên là của tôi và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính xác thực của nội dung kê khai cũng như các giấy tờ trong bộ hồ sơ này. Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NGƯỜI LÀM ĐƠN** *(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

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

1 Địa danh.

2 Tên cơ quan cấp giấy phép hành nghề.

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 đúng tên trên giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang làm việc, trường hợp không làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào ghi “Đang không làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.

5 Ghi theo văn cơ sở đào tạo đã được cấp.

6 Ghi theo một trong các chức danh chuyên môn quy định tại khoản 1 Điều 26 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

7 Trường hợp đề nghị cấp: ghi rõ cấp mới, cấp lại, cấp gia hạn, cấp điều chỉnh giấy phép hành nghề với từng trường hợp cụ thể theo quy định tại Nghị định số………./2023/NĐ-CP.

8 Phải liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn. Các giấy tờ tài liệu phải đầy đủ và được sắp xếp theo thứ tự quy định tại Nghị định số …../2023/NĐ-CP.

***Ghi chú:*** Trường hợp thực hiện thủ tục trên môi trường điện tử, người thực hiện thủ tục hành chính chỉ cần kê khai các thông tin: Họ và tên, ngày tháng năm sinh, số định danh cá nhân/số căn cước công dân …Trường hợp thực hiện thủ tục hành chính bằng hồ sơ giấy người hành nghề cần kê khai đầy đủ các thông tin hành chính trong đơn.

**Mẫu 09 - Sơ yếu lý lịch tự thuật**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
-------------**

|  |  |
| --- | --- |
| Ảnh màu  04 cm x 06 cm (có đóng dấu giáp lai của của cơ quan xác nhận lý lịch |  |

**SƠ YẾU LÝ LỊCH  
TỰ THUẬT**

Họ và tên:……………………………......…………Nam, nữ:…………….........

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

Nơi thường trú hiện nay: ………………………………………………................

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu: ……………….........................……1…………....………………

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

Số điện thoại liên hệ: Nhà riêng ; Di động (nếu có) ……………

Khi cần báo tin cho ai? ở đâu?:……………………………………………...............

*Số hiệu:*

*Ký hiệu:*

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

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

Nguyên quán:……………………………………………......................................

……………………………………………………………............................................

Nơi đăng ký thường trú hiện nay:……………………………………................

Dân tộc: Tôn giáo:………………………..

Trình độ văn hóa:……………………………..Ngoại ngữ:……………………..........…

Trình độ chuyên môn: ………………………………….Loại hình đào tạo:…………...

Chuyên ngành đào tạo:……………………………..............................................

Nghề nghiệp:……………………………………………….........................................

**HOÀN CẢNH GIA ĐÌNH**

Họ và tên bố:……………………….Tuổi ………………..Nghề nghiệp……….......

Họ và tên mẹ:………………………………..Tuổi:……….Nghề nghiệp........................

Họ và tên vợ hoặc chồng: Tuổi:………….

Nghề nghiệp:…………………………………………............................................

Nơi làm việc:…………………………………...........................................

Nơi ở hiện tại:…………………………………………………...................................

**QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO CỦA BẢN THÂN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Từ tháng năm đến tháng năm | Chuyên ngành đào tạo | Tên cơ sở đào tạo | Văn bằng, chứng chỉ được cấp |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**QUÁ TRÌNH CÔNG TÁC CỦA BẢN THÂN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Từ tháng năm đến tháng năm | Làm công tác gì? | Ở đâu? | Giữ chức vụ gì? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Có thuộc các trường hợp bị cấm hành nghề theo quy định tại Điều 20 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh không?:

Ghi rõ nếu có:……………………………………………………………………..

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thực, nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật.

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦA THỦ TRƯỞNG** **CƠ QUAN/ĐƠN VỊ CÔNG TÁC2** | *……., ngày.... tháng... năm...* **NGƯỜI KHAI KÝ TÊN** |

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

1 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.

***Ghi chú:*** Trường hợp thực hiện thủ tục trên môi trường điện tử, người thực hiện thủ tục hành chính chỉ cần kê khai các thông tin: Họ và tên, ngày tháng năm sinh, số định danh cá nhân/số căn cước công dân. Trường hợp thực hiện thủ tục hành chính bằng hồ sơ giấy người hành nghề cần kê khai đầy đủ các thông tin hành chính trong đơn.

2 Trường hợp người đề nghị đang không làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào thì không phải xác nhận nội dung này.

**Mẫu 10 - Quyết định về việc điều chỉnh phạm vi hành nghề**

|  |  |
| --- | --- |
| BỘ Y TẾ (hoặc) UBND ………1………. **SỞ Y TẾ** ------- | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** -------------- |
| Số:……/QĐ-……2….. | *…...3……, ngày …. tháng …. năm …* |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc điều chỉnh phạm vi hành nghề**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ (HOẶC GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ)**

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;*

*Căn cứ Nghị định số /2023/NĐ-CP ngày tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;*

*Xét đề nghị của …………………………………4……………………………..............................*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Điều chỉnh phạm vi hành nghề cho ông/bà:

Họ và tên: 5 …………………………………............................………………………

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

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/ số hộ chiếu6 ........................................................................................................................

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

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

Văn bằng chuyên môn:7……………………………….............................................

Số giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh đã cấp: ……………………………

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

Phạm vi hành nghề được điều chỉnh: ……………………………….........................

**Điều 2.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

**Điều 3.** Ông/bà có tên tại Điều 1 và ...8... chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

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

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

1 Tên tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

2 Chữ viết tắt tên của đơn vị trình.

3 Địa danh.

4 Ghi rõ chức danh người đứng đầu của đơn vị được giao chức năng đầu mối cấp, cấp lại như: Cục trưởng Cục ..., Trưởng phòng....

5 Ghi rõ tên của người được điều chỉnh phạm vi hành nghề bằng chữ in hoa đậm; trường hợp là người nước ngoài phải ghi đúng theo tên trong hộ chiếu của người đó.

6 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.

7 Ghi theo một trong các chức danh chuyên môn quy định tại khoản 1 Điều 26 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

8 Các đơn vị quản lý liên quan quyết định.

**Mẫu 11 - Giấy xác nhận quá trình hành nghề**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN1 **TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,** **CHỮA BỆNH2 -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc --------------** |
| Số: ………/………. | *…….., ngày … tháng … năm ….* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH HÀNH NGHỀ**

……………2………..xác nhận:

Ông/bà:………………………………………………………………….........................

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:…..............

Số giấy phép hành nghề:………………………………….......………………..

Đã hành nghề với phạm vi ………………5…………… tại…………6……………đạt kết quả như sau:

1. Thời gian hành nghề:7………………………………………………..

2. Năng lực chuyên môn:8………………………………………………..

3. Đạo đức nghề nghiệp:9………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH10** |

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

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2 Tên cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

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

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

5 Ghi rõ phạm vi hành nghề.

6 Ghi rõ bộ phận chuyên môn của người hành nghề.

7 Ghi rõ từ ngày, tháng, năm đến ngày, tháng, năm.

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

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

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