**Mẫu 02 - Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện kiểm tra ngôn ngữ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bộ Y TẾ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc --------------** |
| Số: .../GCN-BYT |  |

**GIẤY CHỨNG NHẬN**

**Cơ sở đủ điều kiện kiểm tra ngôn ngữ trong khám bệnh, chữa bệnh**

**BỘ TRƯỞNG BỘ 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………………1…………..,*

**CHỨNG NHẬN**

Tên cơ sở:2

Địa chỉ:3

Đủ điều kiện kiểm tra và công nhận ngôn ngữ trong khám bệnh, chữa bệnh: ………………………………………4………………………….....................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Hà Nội, ngày … tháng … năm ....* *………………5…………… (Ký ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

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

1 Chức vụ của người đứng đầu đơn vị tiếp nhận việc công nhận cơ sở đủ điều kiện kiểm tra ngôn ngữ trong khám bệnh, chữa bệnh.

2 Ghi rõ tên của cơ sở giáo dục được công nhận bằng chữ in hoa đậm đứng.

3 Ghi rõ địa chỉ của cơ sở giáo dục.

4 Ghi rõ các ngôn ngữ được kiểm tra và công nhận.

5 Bộ trưởng hoặc người được Bộ trưởng ủy quyền (không có chữ ký tắt của đại diện đơn vị trình).