**Mẫu 02 - Danh sách thành viên tham gia khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo hoặc khám bệnh, chữa bệnh lưu động**

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

**DANH SÁCH THÀNH VIÊN THAM GIA KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NHÂN ĐẠO THEO ĐỢT/KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH LƯU ĐỘNG**

1. Tên cá nhân/trưởng đoàn/cơ sở đề nghị:…………………….............………….

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

3. Địa điểm thực hiện khám bệnh, chữa bệnh: ………………...........……………….

4. Danh sách người thực hiện khám:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề/số giấy phép hành nghề** | **Phạm vi hành nghề** | **Vị trí chuyên môn1** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

5. Danh sách đăng ký người làm việc2:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Văn bằng chuyên môn** | **Thời gian đăng ký khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo/ khám bệnh, chữa bệnh lưu động2** | **Vị trí làm việc3** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………4…………, ngày … tháng …. năm ….* **ĐẠI DIỆN ĐOÀN5** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

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

1 Ghi cụ thể chức danh, vị trí chuyên môn được phân công đảm nhiệm.

2 Ghi danh sách người tham gia khám bệnh chữa bệnh nhưng không thuộc diện cấp giấy phép hành nghề.

3 Ghi cụ thể chức danh, vị trí làm việc được phân công đảm nhiệm.

4 Địa danh.

5 Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh lưu động hoặc khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức thì người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền của cơ sở đó ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.