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

***…….. , ngày.... tháng... năm……***

**ĐƠN XIN THỰC TẬP**

**TẠI CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH**

                          Kính gửi:

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

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

Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: .........................................................

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

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

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

Văn bằng chuyên môn:...........................................................................................

Chuyên khoa đăng ký thực hành:   ...........................................................................

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

Để có đủ điều kiện ………………………., tôi đề nghị ……………….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 tuân thủ đúng các quy định của pháp luật về hoạt động khám chữa bệnh và các quy định khác có liên quan tại nơi thực tập./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NGƯỜI LÀM ĐƠN** |