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

**GIẤY XÁC NHẬN**

**Thời gian thực hành tại cơ sở thực hành chuyên môn về dược**

Tên cơ sở: …………………………. Địa chỉ:………………………….……………………………….;

Số giấy CNĐĐKKDD:..………………………….…………………………………………………….

Xác nhận Ông/Bà ………………………….………………………….………………………………….

Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác: ……………………………….

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

Thường trú tại ………….………………………………….…………….………………………………

Đã có thời gian thực hành dược tại: ………………………….…………….……………………………

Từ ngày .…………….……………………… đến ngày .…………….………………………………….

Nội dung thực hành:.…………….……………………….…………….…………………………….

Tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm về xác nhận trên./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……….., ngày ……. tháng ……. năm ……..* **Người đại diện trước pháp luật/người được ủy quyền** *(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))* |