**PHỤ LỤC II**

CÁC BIỂU MẪU VỀ CẤP, CẤP LẠI GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH VÀ DANH SÁCH ĐĂNG KÝ HÀNH NGHỀ  
*(Kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Số thứ tự mẫu** | **Tên mẫu** |
| 1 | Mẫu 01 | Danh sách đăng ký hành nghề |
| 2 | Mẫu 02 | Đơn đề nghị cấp/điều chỉnh/cấp lại giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh, chữa bệnh |
| 3 | Mẫu 03 | Điều lệ tổ chức và hoạt động đối với bệnh viện tư nhân |
| 4 | Mẫu 04 | Văn bản công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe/khám và điều trị HIV/AIDS |
| 5 | Mẫu 05 | Danh sách nhân sự và thiết bị y tế để thực hiện khám sức khỏe/khám và điều trị HIV/AIDS |
| 6 | Mẫu 06 | Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh |
| 7 | Mẫu 07 | Bảng mã ký hiệu (tên viết tắt) của cơ quan cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh |
| 8 | Mẫu 08 | Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh |

**Mẫu 01 - Danh sách đăng ký hành nghề**

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

**DANH SÁCH ĐĂNG KÝ HÀNH NGHỀ**

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: …………………………………….......................…………..

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

3. Thời gian làm việc hằng ngày của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:1……………………………………………………………........................………………………

4. Danh sách đăng ký người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số giấy phép hành nghề/số chứng chỉ hành nghề** | **Phạm vi hành nghề** | **Thời gian đăng ký hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh2** | **Vị trí chuyên môn3** | **Thời gian đăng ký hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác (nếu có)4** | **Ghi chú5** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……., ngày … tháng ... năm ...* **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ** **KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH6** |

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

1 Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần.

2 Ghi cụ thể thời gian làm việc từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần.

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

4 Ghi cụ thể thời gian làm việc từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần tại cơ sở khám bệnh chữa bệnh khác.

5 Ghi thêm ngôn ngữ mà người hành nghề nước ngoài sử dụng trong KBCB (nếu có) ....

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

**Mẫu 02 - Đơn đề nghị cấp/điều chỉnh/cấp lại giấy phép hoạt động 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**

**…………………2……………….**

Kính gửi:………………………3………………….

Tên cơ sở đề nghị: ……………………………………..................................................…………..

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

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

Trường hợp đề nghị:5………………………………………………...............................................

Hình thức tổ chức đề nghị cấp phép: …………………………....................……………………..

Thời gian làm việc hằng ngày: …………………...............................……………………………..

Hồ sơ gửi kèm theo đơn này gồm các giấy tờ sau đây:6

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

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

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

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

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp giấy phép hoạt động.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ ĐỀ NGHỊ7** |

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

1 Địa danh.

2 Ghi rõ thủ tục: cấp mới, điều chỉnh, cấp lại giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

3 Tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động.

4 Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5 Ghi rõ cấp mới, cấp lại, cấp điều chỉnh giấy phép hoạt động với từng trường hợp cụ thể theo quy định tại Nghị định số……../2023/NĐ-CP.

6 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.

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

**Mẫu 03 - Điều lệ tổ chức và hoạt động đối với bệnh viện tư nhân**

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

*…………1……., ngày .... tháng ... năm ....*

**ĐIỀU LỆ  
Tổ chức và hoạt động**

**Chương I**

**NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG**

**Điều 1. Địa vị pháp lý**

**Điều 2. Tên giao dịch, địa điểm hành nghề**

**Điều 3. Nguyên tắc hoạt động chuyên môn**

**Điều 4. Các tổ chức chính trị, chính trị - xã hội của Bệnh viện**

**Chương II**

**MỤC TIÊU, CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ VÀ PHẠM VI HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN**

**Điều 5. Mục tiêu**

**Điều 6. Chức năng, nhiệm vụ**

**Điều 7. Phạm vi hoạt động chuyên môn**

**Chương III**

**QUY MÔ, TỔ CHỨC, NHÂN SỰ**

**Điều 8. Quy mô bệnh viện**

**Điều 9. Cơ cấu tổ chức**

1. Ban lãnh đạo.

2. Các Hội đồng trong bệnh viện.

3. Các phòng chức năng.

4. Các khoa, bộ phận chuyên môn.

**Điều 10. Nhân sự**

**Điều 11. Nhiệm vụ quyền hạn Giám đốc, các Phó Giám đốc bệnh viện**

**Điều 12. Nhiệm vụ quyền hạn của các trưởng khoa, phòng bệnh viện**

**Điều 13. Mối quan hệ giữa các thành phần thuộc cơ cấu tổ chức**

**Điều 14. Quyền lợi của người lao động**

**Chương IV**

**TÀI CHÍNH CỦA BỆNH VIỆN**

**Điều 15. Vốn đầu tư ban đầu**

**Điều 16. Chế độ tài chính của bệnh viện**

**Điều 17. Quản lý tài sản, thiết bị**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ ĐỀ NGHỊ2** |

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

1 Địa danh.

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

**Mẫu 04 - Văn bản công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe hoặc khám và điều trị HIV/AIDS**

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

**BẢN CÔNG BỐ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe/khám, điều trị HIV/AIDS**

Kính gửi:…………………………5……………………………..

Tên cơ sở công bố: ………………………………….................................................……………..

Số giấy phép hoạt động đã được cấp: ……………......................…………………………………..

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

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

Công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe/khám, điều trị HIV/AIDS và gửi kèm theo văn bản này 01 bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau đây:7

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ** **KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH8** |

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

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở công bố.

2 Tên của cơ sở công bố.

3 Chữ viết tắt tên cơ sở công bố.

4 Địa danh.

5 Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ.

6 Địa chỉ cụ thể của cơ sở công bố.

7 Ghi rõ thủ tục công bố và 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.

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

**Mẫu 05 - Danh sách nhân sự và thiết bị y tế để thực hiện khám sức khỏe/ khám và điều trị HIV/AIDS**

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

**DANH SÁCH NHÂN SỰ VÀ THIẾT BỊ Y TẾ ĐỂ THỰC HIỆN  
KHÁM SỨC KHỎE /KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS**

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: …………………........................……………………………..

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

3. Thời gian làm việc hằng ngày:1………………………………………………..…………………….

4. Danh sách người thực hiện:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề/số giấy phép hành nghề** | **Phạm vi hoạt động chuyên môn** | **Vị trí chuyên môn2** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

5. Bản kê khai danh mục thiết bị y tế

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thiết bị** | **Ký hiệu (MODEL)** | **Hãng sản xuất** | **Xuất xứ** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……… 3………., ngày.... tháng... năm...* **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH4** |

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

1 Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần.

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

3 Địa danh.

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

**Mẫu 06 - Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh**

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

**GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**…………………4……………….**

*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………………………5………............................................………………………*

**CẤP PHÉP HOẠT ĐỘNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:………………………6…......................……………………….

Hình thức tổ chức: ………………………7……………...............................................…………….

Địa chỉ hoạt động: ………………………8…………….................................................…………….

Thời gian làm việc hằng ngày: ……………………….............................………………………….

Phạm vi hoạt động chuyên môn: Thực hiện kỹ thuật chuyên môn được Bộ trưởng Bộ Y tế hoặc Giám đốc Sở Y tế phê duyệt ban hành kèm theo giấy phép hoạt động.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……….. 9……….., ngày.... tháng... năm....* **CHỨC VỤ CỦA NGƯỜI KÝ** *(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

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

1 Tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động (Bộ Y tế/ Sở Y tế).

2 Số giấy phép hoạt động.

3 Chữ viết tắt theo mã ký hiệu quy định tại Mẫu 07 Phụ lục IV.

4 Chức vụ của người có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động.

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

6 Ghi theo tên đề nghị của đơn vị bằng chữ in hoa, cỡ chữ 14; đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân thì ghi thêm tên công ty chủ quản (ví dụ: phòng khám đa khoa A thuộc công ty cổ phần B hoặc Bệnh viện đa khoa X thuộc công ty cổ phần Y).

7 Ghi rõ theo quy định tại khoản 1 Điều 48 Luật Khám bệnh, chữa bệnh

8 Ghi theo đề nghị của đơn vị.

9 Địa danh.

**Mẫu 07 - Bảng mã ký hiệu (tên viết tắt) của cơ quan cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh**

**BẢNG MÃ KÝ HIỆU (TÊN VIẾT TẮT)  
của cơ quan cấp giấy phép hoạt động**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tỉnh/Thành phố thuộc trung ương** | **Mã ký hiệu** | **STT** | **Tỉnh/Thành phố thuộc trung ương** | **Mã ký hiệu** |
| 1 | Bộ Y tế | BYT | 33 | Khánh Hòa | KH |
| 2 | Hà Nội | HNO | 34 | Kiên Giang | KG |
| 3 | Hải Phòng | HP | 35 | Kon Tum | KT |
| 4 | Đà Nẵng | ĐNA | 36 | Lai Châu | LCH |
| 5 | Thành phố Hồ Chí Minh | HCM | 37 | Lâm Đồng | LĐ |
| 6 | An Giang | AG | 38 | Lạng Sơn | LS |
| 7 | Bà Rịa Vũng Tàu | BRVT | 39 | Lào Cai | LCA |
| 8 | Bắc Giang | BG | 40 | Long An | LA |
| 9 | Bắc Kạn | BK | 41 | Nam Định | NĐ |
| 10 | Bạc Liêu | BL | 42 | Nghệ An | NA |
| 11 | Bắc Ninh | BN | 43 | Ninh Bình | NB |
| 12 | Bến Tre | BTR | 44 | Ninh Thuận | NT |
| 13 | Bình Định | BĐ | 45 | Phú Thọ | PT |
| 14 | Bình Dương | BD | 46 | Phú Yên | PY |
| 15 | Bình Phước | BP | 47 | Quảng Bình | QB |
| 16 | Bình Thuận | BTH | 48 | Quảng Nam | QNA |
| 17 | Cà Mau | CM | 49 | Quảng Ngãi | QNG |
| 18 | Cần Thơ | CT | 50 | Quảng Ninh | QNI |
| 19 | Cao Bằng | CB | 51 | Quảng Trị | QT |
| 20 | Đắk Lắk | ĐL | 52 | Sóc Trăng | ST |
| 21 | Đắk Nông | ĐNO | 53 | Sơn La | SL |
| 22 | Điện Biên | ĐB | 54 | Tây Ninh | TNI |
| 23 | Đồng Nai | ĐNAI | 55 | Thái Bình | TB |
| 24 | Đồng Tháp | ĐT | 56 | Thái Nguyên | TNG |
| 25 | Gia Lai | GL | 57 | Thanh Hóa | TH |
| 26 | Hà Giang | HAG | 58 | Thừa Thiên Huế | TTH |
| 27 | Hà Nam | HNA | 59 | Tiền Giang | TG |
| 28 | Hà Tĩnh | HT | 60 | Trà Vinh | TV |
| 29 | Hải Dương | HD | 61 | Tuyên Quang | TQ |
| 30 | Hậu Giang | HAUG | 62 | Vĩnh Long | VL |
| 31 | Hòa Bình | HB | 63 | Vĩnh Phúc | VP |
| 32 | Hưng Yên | HY | 64 | Yên Bái | YB |

**Mẫu 08 - Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

**BẢN KÊ KHAI CƠ SỞ VẬT CHẤT, DANH MỤC THIẾT BỊ Y TẾ, TỔ CHỨC VÀ NHÂN SỰ CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

**I. THÔNG TIN CHUNG**

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

2. Địa chỉ:

Điện thoại: Số Fax: Email:

3. Quy mô: giường bệnh

**II. TỔ CHỨC**

1. Hình thức tổ chức:……………………………1………………….......................…………...

2. Cơ cấu tổ chức: …………………………2…………………..............................…………...

**III. NHÂN SỰ**

1. Danh sách trưởng khoa, phụ trách phòng, bộ phận chuyên môn:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp** | **Phạm vi hoạt động chuyên môn** | **Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)** | **Tên khoa, phòng, bộ phận chuyên môn** | **Vị trí, chức danh được bổ nhiệm** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |

2. Danh sách người hành nghề:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp** | **Phạm vi hoạt động chuyên môn** | **Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)** | **Vị trí chuyên môn** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

3. Danh sách người làm việc:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Văn bằng chuyên môn** | **Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)** | **Vị trí làm việc3** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

**IV. THIẾT BỊ Y TẾ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thiết bị** | **Ký hiệu (MODEL)** | **Hãng sản xuất** | **Xuất xứ** | **Năm sản xuất** | **Số lượng** | **Tình trạng sử dụng (%)** | **Ghi chú** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**V. CƠ SỞ VẬT CHẤT**

1. Tổng diện tích mặt bằng:

2. Diện tích xây dựng trung bình cho 01 giường bệnh (đối với bệnh viện):

3. Diện tích các khoa, phòng, buồng kỹ thuật chuyên môn, xét nghiệm, buồng bệnh:

4. Bố trí các bộ phận chuyên môn (liệt kê cụ thể):

5. Các điều kiện vệ sinh môi trường:

a) Xử lý nước thải:

b) Xử lý rác y tế, rác sinh hoạt:

6. An toàn bức xạ:

7. Hệ thống phụ trợ:

a) Phòng cháy chữa cháy:

b) Khí y tế:

c) Máy phát điện:

d) Thông tin liên lạc:

8. Cơ sở vật chất khác (nếu có):

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ ĐỀ NGHỊ1** |

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

1 Ghi cụ thể tên hình thức tổ chức theo quy định tại Nghị định số .../2023/NĐ-CP ngày ... tháng... năm 2023.

2 Ghi rõ tên các khoa (khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng), phòng, bộ phận chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

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