|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| ……….…[1]……….….………….[2]…………..-----------  | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc-------------------** |
| Số: …./GXNTH-(cơ quan ban hành) | ...[3]..., *ngày ... tháng ... năm ....* |

 **GIẤY XÁC NHẬN THỜI GIAN THỰC HÀNH**………………..…….[2].................…………xác nhận:Họ và tên: ………………………………………………………………………………………….Chứng minh quân đội (công an)/CCCD số: …………………………………………………..Ngày cấp: …………………..…………Nơi cấp: ………………………………………………..Văn bằng chuyên môn:[5] ………………………………………………………………………Năm tốt nghiệp: …………………………………………………………………………………..đã thực hành tại…………………[6] …………..…… và đạt kết quả như sau:1. Thời gian thực hành:[7] ……………………………………………………………………….2. Năng lực chuyên môn:[8] ……………………………………………………………………..3. Đạo đức nghề nghiệp:[9] ……………………………………………………………….…….

|  |  |
| --- | --- |
|   | ....[4]…*(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |

 |

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

[1] Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

[2] Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

[3] Địa danh.

[4] Thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

[5] Ghi theo đối tượng quy định tại khoản 2 Điều 4 Nghị định số 16/2024/NĐ-CP.

[6] Cơ sở khám chữa bệnh tiếp nhận người thực hành.

[7] Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày... tháng... năm ....đến ngày...tháng ... năm....

[8] Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo chuyên khoa đăng ký thực hành.

[9] Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh.