|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | ……….…[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.