**Phụ lục số 01**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

*....[[1]](#footnote-1)......., ngày…... tháng …. năm 20.....*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp Giấy chứng nhận là lương y**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kính gửi: ................................[[2]](#footnote-2).........................................  Họ và tên:………………………………………………………….Nam/Nữ:………………..  Ngày, tháng, năm sinh:  Chỗ ở hiện nay: [[3]](#footnote-3)  Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số: …………………………………………  Ngày cấp:…………………..…Nơi cấp:………………………………………………………  Điện thoại: ................................................. Email ( nếu có):  Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1  2  3 | Bản sao có chứng thực Giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề khám bệnh chữa bệnh bằng YHCT hoặc  Bản khai quá trình hành nghề có xác nhận theo quy định và bản sao có công chứng bằng cấp chuyên môn hay giấy xác nhận đã tham dự các lớp bồi dưỡng về YHCT hoặc  Bản sao các chứng chỉ học phần kèm theo bảng điểm kiểm tra cuối khóa chuẩn hóa lương y (kèm theo bản gốc để đối chiếu). |  | | 4. Bản sao chứng thực văn bằng, chứng chỉ  5. Bản sao các chứng chỉ học phần hoặc Bảng điểm và GCN lương y chuyên sâu hoặc Giấy chứng nhận y sỹ cấp đối với Tịnh độ cư sỹ | |  | | 6.  7. | Giấy xác nhận quá trình thực tập KBCB bằng YHCT  Sơ yếu lý lịch |  | | 8. | Hai ảnh màu 4 x 6cm |  | | 9. | Hai phong bì có dán tem và ghi rõ họ tên, địa chỉ người nhận |  |   Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp Giấy chứng nhận là lương y cho tôi./.   |  |  | | --- | --- | |  | **NGƯỜI LÀM ĐƠN**  (ký và ghi rõ họ, tên) | |

**Phụ lục số 02**

|  |  |
| --- | --- |
| ............[[4]](#footnote-4)...........  ............[[5]](#footnote-5)............  Số: /GXNTT | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  *…[[6]](#footnote-6)…, ngày tháng năm 20…* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC TẬP**

**KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN**

............................[[7]](#footnote-7)........................ xác nhận:

Ông/bà:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay: [[8]](#footnote-8)

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số: ……..……………………………………….

Ngày cấp: …………..……… Nơi cấp:

đã thực tập tại..........................[[9]](#footnote-9)...........................................................................

Số giấy phép hoạt động…………………………………………. ……………………..

Phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở:………………………………………..….

Ý kiến nhận xét của cơ sở về kết quả thực tập:

1. Thời gian thực tập: [[10]](#footnote-10)

2. Phạm vi hoạt động chuyên môn: [[11]](#footnote-11)

3. Đạo đức nghề nghiệp: [[12]](#footnote-12)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PHỤ TRÁCH CƠ SỞ**  **KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**  (Ký tên, đóng dấu nếu có) |

1. Địa danh [↑](#footnote-ref-1)
2. Tên cơ quan cấp Giấy chứng nhận là lương y [↑](#footnote-ref-2)
3. Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú. [↑](#footnote-ref-3)
4. *Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Địa danh* [↑](#footnote-ref-6)
7. *Giống như mục 2* [↑](#footnote-ref-7)
8. *Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú* [↑](#footnote-ref-8)
9. *Giống như mục 2* [↑](#footnote-ref-9)
10. *Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày …. tháng …năm…. đến ngày…. tháng ….năm…theo Điểm a Khoản 2 Điều 12 Thông tư này*  [↑](#footnote-ref-10)
11. *Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo Điểm b Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.* [↑](#footnote-ref-11)
12. *Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử, đạo đức của người thực tập Điểm c Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.* [↑](#footnote-ref-12)