PHỤ LỤC II

MẪU GIẤY XÁC NHẬN THỜI GIAN THỰC HÀNH TẠI CƠ SỞ THỰC HÀNH CHUYÊN MÔN

(Kèm theo Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/5/2017 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật dược)

CỘNG HOÀ 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:…(1)… ..

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: (2)…………

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))(3)*

*Ghi chú:*

*(1) Điền số giấy CNĐĐKKDD nếu là cơ sơ kinh doanh dược*

*(2) Ghi nội dung thực hành theo quy định tại Điều 20 của Nghị định 54/2017/NĐ-CP.*

*(3) Đối với cơ sở thực hành là nhà thuốc, không phải đóng dấu vào Giấy xác nhận.*