**Mẫu 02**

|  |  |
| --- | --- |
| ………..1……….. ………..2……….. **----------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ------------------------** |
| Số:       /GXNTH | *……3…….., ngày.... tháng... năm 20....* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH**

...............................2....................... xác nhận:

Ông/bà: ...............................................................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh: .......................................................................................................

Địa chỉ cư trú: ......................................................................................................................

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu4:........................................

Ngày cấp ...................................................... Nơi cấp: ........................................................

Văn bằng chuyên môn: ........................5.............................  Năm tốt nghiệp: ………………

đã thực hành tại ...................................2................. do ........................6....................... hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành:8 ..........................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Năng lực chuyên môn: 9 ..................................................................................................

3. Đạo đức nghề nghiệp: 10..................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC** *(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 Ghi một trong ba thông tin về số chứng minh nhân dân hoặc số định danh cá nhân hoặc số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

5 Ghi văn bằng theo đơn của người đăng ký thực hành.

6 Họ và tên người chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn thực hành.

8 Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày .... tháng ...năm.... đến ngày.... tháng ....năm...

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

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