SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập- Tự do- Hạnh phúc

PHIẾU ĐĂNG KÝ THAM DỰ
CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO
"CHỤP VÀ CAN THIỆP MẠCH MÁU NÃO" NĂM 2025

THỜI GIAN: Bắt đầu từ ngày …… đến ngày ……

Ảnh 3x4

Họ & tên: ……...

Ngày tháng năm sinh: …… Giới: Nam/Nữ

Địa chỉ thường trú: ……

……

Email: …… Điện thoại: ……....

Đơn vị công tác: ……

Trình độ học vấn: ☒ Bác sĩ ☐ Điều dưỡng ☐ Khác:……

Tôi xin cam kết tuân thủ quy chế và quy định của Bệnh viện./.

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 202…
Chữ ký học viên