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 KHÓA ĐÀO TẠO NĂM 2026

QUI TRÌNH CHĂM SÓC CHUYÊN BIỆT NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO DÀNH CHO ĐIỀU DƯỠNG

THỜI GIAN: ĐỢT ..... Bắt đầu từ: …… đến …….……..

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 20…
Chữ ký học viên