

Tên cơ sở

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

DANH SÁCH

Người thực hành chuyên môn tại cơ sở bán lẻ **thuốc**

1. Tên cơ sở bán lẻ thuốc:
2. Địa chỉ:
3. Thời gian hoạt động của cơ sở bán lẻ thuốc (1):.....

STT	Họ và tên người thực hành chuyên môn	Nơi thường trú	Số CMND - Nơi cấp, ngày cấp	Nội dung thực hành	Thời gian thực hành (2)	Người được giao hướng dẫn thực hành (3)
1						
2						
...						

....., ngày...tháng...năm...

Người đại diện trước pháp luật/ người được
ủy quyền

(Ký ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu
(nếu có))

Ghi chú:

- (1) Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần;
- (2) Ghi thời gian bắt đầu và kết thúc thực hành.
- (3) Ghi rõ họ và tên, trình độ chuyên môn, vị trí hành nghề tại cơ sở