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

[1] ....., ngày tháng năm

ĐƠN ĐỀ NGHỊ
Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi: ……[2]……

Họ và tên: …….

Ngày, tháng, năm, sinh: …….

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu [3]:

Ngày cấp: Nơi cấp: …….

Địa chỉ: ……[4]……...

Điện thoại:…….Email (nếu có): …….....

Văn bằng chuyên môn: [5] …….

Thời gian đăng ký thực hành:……..

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị .....[2].....cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tôi xin cam kết sẽ thực hiện đúng các quy định của pháp luật về việc thực hành khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác có liên quan của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

NGƯỜI LÀM ĐƠN
(ký và ghi rõ họ, tên)

---

[1] Địa danh.

[2] Ghi rõ tên cơ sở đề nghị đăng ký thực hành.
[3] Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.
[4] Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.
[5] Ghi theo văn bằng đào tạo.