

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

Kon Plông, ngày 15 tháng 04 năm 2025

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

Kính gửi: Ban giám đốc Trung tâm Y tế Kon Plông

Họ và tên: Trần Xuân Nhiệm

Ngày, tháng, năm sinh: 18/10/1988

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu³: 042088018613

Ngày cấp: 12/11/2022 Nơi cấp: Cục trưởng cục cảnh sát quản lý hành chính

Địa chỉ: Tổ 4, phường Đăkbla, tỉnh Quảng Ngãi

Điện thoại: 0935857569 Email (nếu có): xuannhiem1810@gmail.com

Văn bằng chuyên môn:⁵ Bác sĩ đa khoa

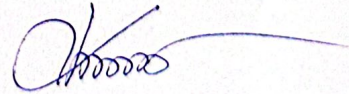
Thời gian đăng ký thực hành: 12 tháng (từ ngày 15 tháng 04 năm 2025 đến ngày 15 tháng 04 năm 2026).

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị giám đốc Trung tâm Y tế Kon Plông, 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)



Trần Xuân Nhiệm