

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

Măng Đen, ngày 03 tháng 6 năm 2026

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

Kính gửi: Giám đốc Trung tâm Y tế Kon Plông

Họ và tên: Đinh Thị Bảy

Ngày, tháng, năm sinh: 20/06/1987

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu:
051187010136 ,Ngày cấp 02/01/2025, Nơi cấp: Bộ công an.

Địa chỉ cư trú: Thôn Xô Luông, xã Măng Bút, tỉnh Quảng Ngãi.

Điện thoại: 0334415467, Email (nếu có): dinhthibay88@gmail.com

Văn bằng chuyên môn: Cao đẳng Nữ hộ sinh

Chuyên khoa đăng ký thực hành: Khoa Ngoại -Sản và các khoa lâm sàng

Thời gian đăng ký thực hành: từ tháng 03/2026.

Để có đủ điều kiện được cấp chứng chỉ 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)



Đinh Thị Bảy