**Mẫu 02 - Đơn đề nghị cấp/điều chỉnh/cấp lại giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***……[[1]](#footnote-1)…….., ngày.... tháng... năm ......*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**.............................[[2]](#footnote-2)................................**

Kính gửi: .................[[3]](#footnote-3)..........................

Tên cơ sở đề nghị: .......................................................................................

Địa chỉ: [[4]](#footnote-4) .....................................................................................................

Điện thoại: ..................... Số Fax: .................... Email (nếu có): .................

Trường hợp đề nghị: [[5]](#footnote-5).................................................................................

Hình thức tổ chức đề nghị cấp phép:............................................................

Thời gian làm việc hằng ngày: ....................................................................

Hồ sơ gửi kèm theo đơn này gồm các giấy tờ sau đây: [[6]](#footnote-6)

(1) …………………………………………………………………………

(2) …………………………………………………………………………

(3) …………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………..

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp giấy phép hoạt động.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ ĐỀ NGHỊ[[7]](#footnote-7)** |

**Mẫu 11 - Giấy xác nhận quá trình hành nghề**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN[[8]](#footnote-8) **TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH [[9]](#footnote-9)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Số: /............ | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *….….., ngày…... tháng….. năm…...* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH HÀNH NGHỀ**

..........................2....................... xác nhận:

Ông/bà: ..............................................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh: ........................................................................................

Địa chỉ cư trú: ......................................................................................................

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu [[10]](#footnote-10):.………………...…………………………………

Ngày cấp ...................................... Nơi cấp: .......................................................

Văn bằng chuyên môn: .....................[[11]](#footnote-11)..................  Năm tốt nghiệp: …..………

Số giấy phép hành nghề:………………………………………………………

Đã hành nghề với phạm vi…………[[12]](#footnote-12).……………tại ........................[[13]](#footnote-13)............. đạt kết quả như sau:

1. Thời gian hành nghề: [[14]](#footnote-14).....................................................................................

2. Năng lực chuyên môn: [[15]](#footnote-15) ..................................................................................

3. Đạo đức nghề nghiệp: [[16]](#footnote-16) ...................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH[[17]](#footnote-17)** |

1. Địa danh. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ghi rõ thủ tục: cấp mới, điều chỉnh, cấp lại giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-2)
3. Tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động. [↑](#footnote-ref-3)
4. Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-4)
5. Ghi rõ cấp mới, cấp lại, cấp điều chỉnh giấy phép hoạt động với từng trường hợp cụ thể theo quy định tại Nghị định số ……/2023/NĐ-CP. [↑](#footnote-ref-5)
6. Liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn. Các giấy tờ tài liệu phải đầy đủ và được sắp xếp theo thứ tự quy định tại Nghị định số ……/2023/NĐ-CP. [↑](#footnote-ref-6)
7. Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu. [↑](#footnote-ref-7)
8. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-8)
9. 2 Tên cơ sở khám bệnh chữa bệnh [↑](#footnote-ref-9)
10. 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. [↑](#footnote-ref-10)
11. Ghi rõ văn bằng, chuyên môn theo văn bằng đào tạo. [↑](#footnote-ref-11)
12. Ghi rõ phạm vi hành nghề. [↑](#footnote-ref-12)
13. Ghi rõ bộ phận chuyên môn của người hành nghề. [↑](#footnote-ref-13)
14. Ghi rõ từ ngày, tháng, năm đến ngày, tháng, năm [↑](#footnote-ref-14)
15. Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện khám bệnh, chữa bệnh theo chuyên khoa đăng ký hành nghề. [↑](#footnote-ref-15)
16. Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký hành nghề đối với đồng nghiệp và người bệnh. [↑](#footnote-ref-16)
17. Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu. [↑](#footnote-ref-17)