**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập-Tự do-Hạnh Phúc**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: Ban giám đốc Bệnh viện Quận Gò Vấp

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Nơi sinh:

Số CCCD/Số căn cước/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu:

Ngày cấp:

Nơi cấp:

Địa chỉ:

Điện thoại

Email:

Văn bằng chuyên môn:

Thời gian đăng ký thực hành:

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, kính đề nghị Ban Giám Đốc Bệnh viện Quận Gò Vấp 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.

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2025

**NGƯỜI LÀM ĐƠN**