

Số: 42 /KH-BVLVBP

Trà Vinh, ngày 25 tháng 7 năm 2024

**KẾ HOẠCH**  
**Thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/01/2023 của Quốc hội;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ Quy định chi tiết một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ Y tế Quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Công văn số 605/SYT-NVY ngày 18/3/2024 của Sở Y tế về việc thống nhất cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở thương dân thực hành (Bệnh viện Lao và Bệnh phổi).

Căn cứ Công văn số 833/SYT-NVY ngày 09/4/2024 của Sở Y tế về việc hướng dẫn thời gian thực hành chi tiết theo từng chuyên khoa.

Bệnh viện Lao và Bệnh phổi xây dựng Kế hoạch Thực hành Khám bệnh, chữa bệnh như sau:

**1. Mục tiêu thực hành**

- Nhằm tạo điều kiện cho các nhân viên y tế (NVYT) có kinh nghiệm thực hành và có chứng nhận về việc thực hành tại cơ sở khám, chữa bệnh, đồng thời để việc đào tạo, quản lý học và thực hành tại Bệnh viện được chặt chẽ và có hiệu quả.
- Tăng cường kỹ năng giao tiếp, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe của NVYT cho người bệnh và người nhà người bệnh.
- Thực hành tác phong nhanh nhẹn, thận trọng, chính xác trong khi thực hiện các kỹ thuật, kỹ năng chuyên môn.
- Tôn trọng, thông cảm và tận tình phục vụ người bệnh.

**1.1. Về kiến thức**

- Biết được nội dung, cách thức tổ chức, quy trình thực hành khám bệnh, chữa bệnh để cấp giấy phép hành nghề.
- Áp dụng được kiến thức khoa học cơ bản, y học cơ sở và lâm sàng vào giải quyết các vấn đề sức khỏe, các bệnh lý ở người bệnh.
- Áp dụng được y học dựa trên chứng cứ trong thực hành chăm sóc sức khỏe người bệnh.

## **1.2. Về kỹ năng**

- Lập kế hoạch điều trị, chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người bệnh.
- Thực hiện được sơ cấp cứu và điều trị bệnh phù hợp với vai trò chức danh nghề nghiệp.
- Giao tiếp và phối hợp hiệu quả với người bệnh và người thân, đồng nghiệp và cộng đồng
- Thực hiện tổ chức, quản lý và duy trì môi trường làm việc chuyên môn một cách an toàn và hiệu quả.

## **1.3. Yêu cầu về thái độ**

- Tuân thủ các quy định pháp luật và chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp trong thực hành chăm sóc sức khỏe người bệnh.
- Tôn trọng và đồng cảm với người bệnh và thân nhân người bệnh.
- Tự phản ánh, nhận ra điểm mạnh và điểm yếu của bản thân để học hỏi liên tục.
- Khiêm tốn và sẵn sàng tiếp nhận phản hồi từ đồng nghiệp và người bệnh để cải thiện bản thân.
- Trung thực báo cáo những sai sót của bản thân và của hệ thống y tế trong thực hành nghề nghiệp.

## **1.4. Về năng lực:**

Sáu lĩnh vực năng lực chính mà người thực hành lâm sàng lĩnh vực sức khỏe phải có và đạt được

### **(1) Lĩnh vực 1: Tính chuyên nghiệp**

- Tuân thủ các chuẩn mực đạo đức nghề nghiệp, lấy người bệnh làm trung tâm.
- Đảm bảo sức khỏe bản thân để cung cấp dịch vụ y tế hiệu quả.
- Tổ chức làm việc hiệu quả.

### **(2) Lĩnh vực 2: Học từ thực tế và tự đào tạo**

- Lập kế hoạch học tập, tham gia vào các hoạt động khoa học.
- Tự đánh giá, nhận ra ưu nhược điểm và giới hạn bản thân, tham gia các buổi sinh hoạt khoa học về chuyên môn, hội chẩn.

### **(3) Lĩnh vực 3: Tuân thủ pháp luật trong hành nghề**

- Làm việc nhóm và phối hợp trong công việc; ứng dụng cách vận hành trang thiết bị và các yếu tố liên quan để mang lại kết quả chăm sóc tốt nhất cho người bệnh.
- Phát hiện những sai sót trong hệ thống y tế, đưa ra những giải pháp, quy trình

để giảm sai sót, giảm chi phí, tăng hiệu quả điều trị.

(4) Lĩnh vực 4: Kỹ năng giao tiếp

Giao tiếp tốt và hiệu quả với đồng nghiệp, nhân viên y tế, người bệnh và gia đình người bệnh.

(5) Lĩnh vực 5: Cập nhật kiến thức y khoa trong thực hành khám bệnh, chữa bệnh.

Áp dụng đúng, cập nhật liên tục kiến thức y khoa để nâng cao hiệu quả trong chăm sóc, điều trị người bệnh.

(6) Lĩnh vực 6: Chăm sóc và điều trị người bệnh

- Chăm sóc, điều trị, phòng ngừa bệnh lý cho người bệnh theo phác đồ điều trị.
- Thực hiện các kỹ thuật và thủ thuật theo quy trình chuẩn đã được Bộ Y tế, Sở Y tế hoặc bệnh viện ban hành.

**1.5. Đối tượng, số lượng học viên**

- Đối tượng: Bác sĩ, Điều dưỡng, Kỹ thuật y, Y sỹ, Cấp cứu viên ngoại viện
- Số lượng học viên: Dự kiến khoảng 50 học viên/năm.

**2. Thời gian, địa điểm thực hành để cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**

**2.1. Thời gian thực hành** khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh kèm theo *Phụ lục 1*.

**2.2. Địa điểm thực hành:**

- Các khoa lâm sàng, cận lâm sàng thuộc Bệnh viện Lao và Bệnh phổi.
- Đối với phần thực hành chuyên khoa Ngoại, Sản, Nhi và các chuyên khoa khác (không thuộc chuyên khoa tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi): tai mũi họng, răng hàm mặt, mắt, da liễu, phục hồi chức năng, y học cổ truyền. Bệnh viện Lao và Bệnh phổi hợp đồng thực hành với các Bệnh viện, Trung tâm y tế trong tỉnh đã được công bố thực hành khám bệnh, chữa bệnh:

- + Chuyên khoa Sản, Nhi: thực hành tại Bệnh viện Sản, Nhi Trà Vinh
- + Chuyên khoa Răng, Hàm, Mắt: thực hành tại Bệnh viện Quân Dân Y Trà Vinh
- + Chuyên khoa: Ngoại, Nhi: thực hành tại Trung tâm Y tế huyện Châu Thành – Trà Vinh
- + Chuyên khoa Y học cổ truyền: thực hành tại Bệnh viện Y dược Cổ truyền tỉnh Trà Vinh.
- + Chuyên khoa khác (nếu có): thực hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.

### **3. Bảo lưu kết quả thực hành khám bệnh, chữa bệnh đối với các chức danh chuyên môn**

- Bệnh viện có trách nhiệm bảo đảm người thực hành được làm việc theo chế độ làm việc của Bệnh viện. Trong quá trình thực hành vì lý do sức khỏe hoặc trường hợp bất khả kháng, người thực hành được tạm dừng thực hành trong thời gian tối đa 12 tháng và được bảo lưu các kết quả thực hành trước đó.

- Việc bảo lưu kết quả thực hành thực hiện như sau:

+ Người thực hành có văn bản đề nghị bảo lưu kết quả thực hành và gửi kèm theo các tài liệu chứng minh lý do đề nghị bảo lưu;

+ Căn cứ đề nghị của người thực hành, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xem xét, quyết định việc bảo lưu, trường hợp không đồng ý bảo lưu người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có văn bản trả lời, nêu rõ lý do;

- Trong thời gian 30 ngày sau khi hết thời gian bảo lưu, nếu người thực hành không có văn bản đề nghị tiếp tục thực hành hoặc đề nghị gia hạn thời gian bảo lưu thì kết quả bảo lưu không còn giá trị, tổng thời gian của các lần bảo lưu không quá 12 tháng.

### **4. Tổ chức thực hành**

#### **4.1. Tiếp nhận thực hành**

a) Người thực hành phải có đơn đề nghị thực hành theo Mẫu 03 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ (có mẫu đơn đề nghị đính kèm) và các giấy tờ sau cho Bệnh viện (thông qua phòng Tổ chức – Hành chính):

- Sơ yếu lí lịch có xác nhận của chính quyền địa phương (hoặc cơ quan công tác) trong thời gian 06 tháng gần nhất;

- Bản sao có chứng thực bằng cấp chuyên môn (theo quy định tại Điều 8 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ).

- Giấy chứng nhận sức khỏe (trong thời hạn 06 tháng) do cơ quan y tế đủ điều kiện khám sức khỏe chứng nhận theo quy định.

- Bản sao có chứng thực Căn cước công dân.

b) Sau khi nhận đơn đề nghị thực hành, nếu đồng ý tiếp nhận, người đứng đầu hoặc người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là cơ sở hướng dẫn thực hành có trách nhiệm:

- Ký hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh với người thực hành theo Mẫu 04 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ (có biểu mẫu đính kèm);

- Gửi văn bản đăng ký danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu 05 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023

của Chính phủ về Sở Y tế theo quy định tại khoản 2 Điều 6 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ, trong đó phải nêu rõ thời gian bắt đầu thực hành và dự kiến thời gian kết thúc thực hành;

- Đăng tải danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh trên trang thông tin điện tử của Bệnh viện và trên Hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

#### **4.2. Phân công người hướng dẫn thực hành:**

a) Việc phân công người hướng dẫn thực hành theo Mẫu 06 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ;

b) Một người hướng dẫn thực hành chỉ được hướng dẫn tối đa 05 người thực hành trong cùng một thời điểm.

#### **4.3. Điều kiện đối với người hướng dẫn thực hành:**

a) Có giấy phép hành nghề với chức danh, phạm vi hành nghề phù hợp với nội dung, đối tượng được hướng dẫn thực hành;

b) Có trình độ đào tạo tương đương hoặc cao hơn người thực hành;

c) Có thời gian hành nghề khám bệnh, chữa bệnh liên tục từ 36 tháng trở lên

#### **4.4. Một số trường hợp cụ thể về chức danh, phạm vi hành nghề của người hướng dẫn thực hành:**

a) Đối với người có văn bằng Bác sĩ Y khoa thì người hướng dẫn là bác sĩ với phạm vi hành nghề y khoa hoặc bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa (trừ Bác sĩ Y học cổ truyền, Bác sĩ Y học dự phòng, Bác sĩ Răng Hàm Mặt)

b) Đối với người có văn bằng Y sĩ (Đa khoa, YHCT) thì người hướng dẫn là Y sĩ (Đa khoa, YHCT);

c) Đối với người có văn bằng Điều dưỡng thì người hướng dẫn thực hành là điều dưỡng;

d) Đối với người có văn bằng Kỹ thuật hình ảnh y học thì người hướng dẫn thực hành là kỹ thuật hình ảnh y học hoặc bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh;

đ) Đối với người có văn bằng Kỹ thuật xét nghiệm y học thì người hướng dẫn thực hành là kỹ thuật xét nghiệm y học hoặc bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa xét nghiệm;

e) Đối với người có văn bằng Cấp cứu viên ngoại viện (Hội sức cấp cứu) thì người hướng dẫn thực hành là cấp cứu viên ngoại viện hoặc bác sĩ có phạm vi hành nghề chuyên khoa Hội sức cấp cứu.

g) Đối với người có văn bằng dinh dưỡng thì người hướng dẫn thực hành là dinh dưỡng lâm sàng hoặc bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa dinh dưỡng.

**4.5.** Người hướng dẫn thực hành chịu trách nhiệm bảo đảm an toàn cho người bệnh trong quá trình hướng dẫn thực hành và chịu trách nhiệm nếu để người thực hành gây sai sót chuyên môn trong quá trình thực hành, gây ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh, trừ trường hợp người thực hành cố ý vi phạm.

**4.6.** Sau khi hoàn thành thực hành và có kết quả đánh giá, nhận xét của người hướng dẫn thực hành đối với người thực hành, cơ sở hướng dẫn thực hành có trách nhiệm:

a) Cấp giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành cho người thực hành theo Mẫu 07 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ;

b) Đăng tải danh sách người đã hoàn thành quá trình thực hành trên trang thông tin điện tử của cơ sở hướng dẫn thực hành và trên Hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

**4.7.** Đánh giá, nhận xét của người hướng dẫn thực hành và xác nhận hoàn thành quá trình thực hành phải bảo đảm khách quan, trung thực.

### **5. Chi phí đào tạo thực hành**

Chi phí đào tạo thực hành để cấp chứng chỉ hành nghề là **500.000 đồng/người/tháng**. Cụ thể:

<b>TT</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Mức chi (đồng/tháng)</b>	<b>Ghi chú</b>
1	Người hướng dẫn thực hành	300.000	
2	Chi phí phục vụ học tập: thiết bị, điện nước, vệ sinh, VPP, Giấy, mực in...	40.000	
3	Chi phí hoạt động quản lý	30.000	
4	Thuế GTGT, TNDN	50.000	
5	Trích lập quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp	80.000	
	<b>Tổng cộng</b>	<b>500.000</b>	

#### **\* Ghi chú:**

- Riêng đối với người thực hành là viên chức đang công tác tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi thì không thực hiện thu phí hướng dẫn thực hành.

- Người thực hành là nhân viên hợp đồng đang công tác tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi được miễn học phí đối với các học phần thực hành tại Bệnh viện, đối với các học phần thực hành tại các cơ sở y tế khác, người thực hành tự chi trả theo quy định của cơ sở thực hành.

- Cá nhân là nhân viên của Bệnh viện hoặc của các cơ sở y tế nêu tại khoản 2.2 Kế hoạch này dự kiến cử người thực hành chuyên môn tại các cơ sở y tế thì gửi công văn kèm danh sách người thực hành đến cơ sở thực hành trước khi đơn vị thực hành tiếp nhận người thực hành.

## **6. Tổ chức thực hiện**

### **6.1. Phòng Tổ chức – Hành chính:**

- Phối hợp với các khoa, phòng liên quan để triển khai thực hiện nội dung thực hành theo đúng Kế hoạch đề ra.

- Công bố Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành theo Mẫu 01 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ.

- Tham mưu lãnh đạo Bệnh viện ký hợp đồng hợp tác thực hành với các cơ sở sở có đủ chuyên khoa được công bố khi đơn vị không đủ các chuyên khoa theo nội dung thực hành quy định tại Điều 3 Nghị định 96/2023/NĐ-CP.

- Gửi hồ sơ người thực hành về Sở Y tế và đăng tải danh sách Người thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu 05 Phụ lục I Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ trên trang thông tin điện tử của Bệnh viện và trên Hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

- Tiếp nhận, hướng dẫn học viên đăng ký thực hành cấp chứng chỉ hành nghề theo Kế hoạch xây dựng hàng năm theo Mẫu 03 — Đơn đề nghị thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ.

- Soạn thảo hợp đồng thực hành, tham mưu và xin ý kiến Ban Giám đốc Bệnh viện để ban hành Quyết định phân công người hướng dẫn thực hành theo đúng quy định Mẫu 04 và Mẫu 06 của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ.

- Gửi văn bản đăng ký danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo Mẫu 05 Phụ lục I Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ về Sở Y tế.

- Tham mưu Ban Giám đốc bệnh viện cấp giấy xác nhận quá trình thực hành cho các học viên khi đủ điều kiện theo Mẫu số 07 của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ.

- Chuẩn bị hội trường, âm thanh, nước uống, trang thiết bị cho giảng viên và học viên (nếu có số lượng học viên nhiều và cần tập trung giảng dạy lý thuyết) thực hiện.

### **6.2. Phòng Kế hoạch tổng hợp – Chỉ đạo tuyến**

- Phối hợp các khoa, phòng liên quan để triển khai thực hiện nội dung thực hành theo đúng Kế hoạch đề ra.

- Phối hợp với Phòng Điều dưỡng, các khoa, phòng khác xây dựng chương trình đào tạo thực hành đối với các chức danh cụ thể theo quy định.

### **6.3. Phòng Tài chính – Kế toán**

Thực hiện việc dự trù chi phí thực hành khám bệnh, chữa bệnh để cấp chứng chỉ hành nghề và thu chi đúng quy định. Căn cứ dự trù kinh phí để thanh toán các chi phí theo đúng quy định hiện hành.

### **6.4. Các khoa, phòng khác**

- Phối hợp với phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Điều dưỡng xây dựng chương trình đào tạo thực hành cho các đối tượng liên quan theo quy định.

- Lãnh đạo các khoa, phòng liên quan có trách nhiệm theo dõi, quản lý, phân công công việc cho người thực hành và phân công viên chức tham gia hướng dẫn dạy lý thuyết và thực hành theo kế hoạch. Tạo điều kiện thuận lợi cho học viên và người hướng dẫn hoàn thành tốt quá trình thực hành.

- Sau khi kết thúc thời gian thực hành, người hướng dẫn nhận xét quá trình thực hành khám bệnh, chữa bệnh cho học viên (theo mẫu đính kèm).

Trên đây là Kế hoạch Thực hành khám bệnh, chữa bệnh của Bệnh viện Lao và Bệnh phổi. Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc các khoa, phòng phản ánh về phòng Tổ chức – Hành chính để tham mưu lãnh đạo điều chỉnh, bổ sung kế hoạch cho phù hợp với tình hình thực tế.

*(Kèm theo các phụ lục).*

#### **Nơi nhận:**

- Sở Y tế (báo cáo);
- Các Bệnh viện/TTYT huyện;
- Ban Giám đốc BV;
- Các khoa, phòng toàn viện;
- Trang thông tin điện tử BV;
- Lưu: VT./.

**GIÁM ĐỐC**



**Bùi Văn Luận**



### Phụ lục 1

## HƯỚNG DẪN THỜI GIAN THỰC HÀNH CHI TIẾT THEO TỪNG CHUYÊN KHOA

(Kèm theo Kế hoạch số: 42 /KH-BVLVBP ngày 25 / 7 /2024 của Bệnh viện Lao và Bệnh phổi).

STT	ĐỐI TƯỢNG	Tổng thời gian thực hành (đơn vị: tháng)	THỜI GIAN THỰC HÀNH CỤ THỂ (đơn vị: tháng)											
			Chuyên khoa Hồi sức cấp cứu	Chuyên khoa tương ứng với PVHĐCM đề nghị cấp GPHN	Chuyên khoa Nội	Chuyên khoa Nhi	Chuyên khoa Ngoại	Chuyên khoa Phụ Sản	Một số kỹ thuật của CK khác (tai mũi họng, răng hàm mặt, mắt, da liễu, phục hồi chức năng, y học cổ truyền .....)	Khoa cấp cứu hoặc đơn nguyên cấp cứu (thực hành chuyên môn cấp cứu ngoại viện)	Thực hành nội dung Dược cổ truyền	Chuyên khoa Tâm thần hoặc Tâm lý lâm sàng	Khoa Dinh dưỡng hoặc bộ phận Dinh dưỡng lâm sàng	
1	BÁC SĨ Y KHOA	12	3		1	2	2	2	2					
2	BÁC SĨ CHUYÊN KHOA	12	3	9										
3	BÁC SỸ Y HỌC CỔ TRUYỀN	12	3	7							2			
4	Y SỸ ĐA KHOA	9	3		2	1	1	1	1					
5	Y SỸ Y HỌC CỔ TRUYỀN	9	3	5	Hoặc thực hành liên tục 06 tháng tại Trạm Y tế							1		
6	ĐIỀU DƯỠNG	6	1		05 tháng thực hành tại tối thiểu 2 trong 4 chuyên khoa, đảm bảo đủ 2 hệ Nội - Nhi và Ngoại - Sản, chia đều thời gian thực hành tại các chuyên khoa									
7	ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN KHOA	6	1	5										
8	KỸ THUẬT Y (PVHN: Xét nghiệm Y học)	6	1	5										
9	KỸ THUẬT Y (PVHN: Hình ảnh Y học)	6	1	5										
10	CẤP CỨU VIÊN NGOẠI VIỆN	6	3							3				
11	DINH DƯỠNG LÂM SÀNG	6	0										6	



## PHỤ LỤC 2

### CÁC BIỂU MẪU VỀ THỰC HÀNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH VÀ CẤP GIẤY PHÉP HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

(Kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ)

TT	Mẫu	Tên phụ lục
1	Mẫu 01	Bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành
2	Mẫu 02	Phiếu tiếp nhận hồ sơ
3	Mẫu 03	Đơn đề nghị thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
4	Mẫu 04	Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh
5	Mẫu 05	Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh
6	Mẫu 06	Quyết định phân công người hướng dẫn thực hành
7	Mẫu 07	Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành
8	Mẫu 08	Đơn đề nghị cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh/thừa nhận giấy phép hành nghề
9	Mẫu 09	Sơ yếu lý lịch tự thuật
10	Mẫu 10	Quyết định về việc điều chỉnh phạm vi hành nghề
11	Mẫu 11	Giấy xác nhận quá trình hành nghề

**Mẫu 01 - Bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành**

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN<sup>1</sup>  
TÊN CƠ QUAN, TỔ CHỨC<sup>2</sup>

-----

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

-----

Số: ...../.....<sup>3</sup>.....

.....<sup>4</sup>....., ngày .... tháng .... năm ...

**BẢN CÔNG BỐ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành**

Kính gửi:.....<sup>5</sup>.....

Tên cơ sở hướng dẫn thực hành:.....<sup>6</sup>.....

Số giấy phép hoạt động.....Cơ quan cấp:.....<sup>7</sup>.....ngày ... tháng ... năm .....

Địa chỉ:.....<sup>8</sup>.....

Người chịu trách nhiệm chuyên môn:.....

Điện thoại liên hệ:.....Email (nếu có):.....

Căn cứ Nghị định số /2023/NĐ-CP ngày tháng năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành theo quy định với các nội dung sau đây:

1. Đối tượng hướng dẫn thực hành: .....<sup>9</sup>.....

2. Danh sách người hướng dẫn thực hành.....<sup>10</sup>.....

3. Các nội dung thực hành được ký hợp đồng hợp tác với cơ sở thực hành khác (nếu có)  
.....<sup>11</sup>.....

4. Số lượng người thực hành có thể tiếp nhận để hướng dẫn thực hành.....

5. Chi phí hướng dẫn thực hành.....<sup>1</sup>.....

Cơ sở cam kết và chịu trách nhiệm trước pháp luật về các nội dung đã công bố.

Tài liệu gửi kèm theo Bản công bố (nếu có)

**THỦ TRƯỞNG CƠ SỞ**

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

Trưởng hợp thực hiện trực tuyến thì ký số  
hợp lệ của cá nhân, tổ chức

<sup>1</sup> Tên cơ quan, tổ chức chủ quản trực tiếp của cơ sở thực hành (nếu có).

<sup>2</sup> Tên cơ sở hướng dẫn thực hành.

<sup>3</sup> Chữ viết tắt tên cơ quan, tổ chức ban hành văn bản công bố.

<sup>4</sup> Địa danh.

<sup>5</sup> Tên cơ quan tiếp nhận văn bản công bố.

<sup>6</sup> Ghi rõ tên cơ sở hướng dẫn thực hành.

<sup>7</sup> Ghi rõ tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

<sup>8</sup> Địa chỉ ghi trên Giấy phép hoạt động.

<sup>9</sup> Đối tượng hướng dẫn thực hành: liệt kê các chức danh chuyên môn mà cơ sở hướng dẫn thực hành phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.

<sup>10</sup> Liệt kê danh sách người hướng dẫn thực hành.

<sup>11</sup> Liệt kê nội dung người thực hành không thực hành tại cơ sở đó mà phải thực hành ở cơ sở khác (kèm theo hợp đồng hợp tác thực hành).

<sup>1</sup> Ghi cụ thể chi phí hướng dẫn thực hành.

**Mẫu 02 - Phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố**

.....<sup>1</sup>.....

-----

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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: ...../PTN-.....<sup>2</sup>.....

.....<sup>3</sup>....., ngày .... tháng .... năm ...

**PHIẾU TIẾP NHẬN**

**Hồ sơ công bố.....<sup>4</sup>.....**

Họ và tên: .....<sup>5</sup>.....

Địa chỉ: .....<sup>6</sup>.....

Điện thoại: .....

Đã nhận hồ sơ đề nghị hồ sơ công bố ...<sup>7</sup>... gồm các giấy tờ sau<sup>8</sup>:

1.....

...

2.....

..

3.....

..

.....

.....

.....

....., ngày .... tháng .... năm ...

**NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ**

(Ký, ghi rõ chức danh, họ và tên)

Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần:                      ngày                      tháng                      năm                      Ký nhận

Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần:                      ngày                      tháng                      năm                      Ký nhận

Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần:                      ngày                      tháng                      năm                      Ký nhận

<sup>1</sup> Tên cơ quan cấp giấy xác nhận.

<sup>2</sup> Chữ viết tắt tên cơ quan cấp.

<sup>3</sup> Địa danh.

<sup>4</sup> Ghi rõ nội dung hồ sơ công bố (ví dụ: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khỏe; cơ sở đủ điều kiện là cơ sở thực hành, ...).

<sup>5</sup> Viết chữ in hoa đầy đủ tên theo chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

<sup>6</sup> Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

<sup>7</sup> Ghi rõ tên thủ tục hành chính (VD: công bố cơ sở đủ điều kiện thực hành, ...).

<sup>8</sup> Phải 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.

Ghi chú: Trường hợp thực hiện thủ tục trên môi trường điện tử, người thực hiện thủ tục hành chính chỉ cần kê khai các thông tin: họ và tên; ngày tháng năm sinh; số định danh cá nhân/số căn cước công dân/số căn cước.

**Mẫu 03 - Đơn đề nghị thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

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

.....<sup>1</sup>....., ngày .... tháng .... năm ...

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

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

Kính gửi: .....<sup>2</sup>.....

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<sup>3</sup>:  
.....

Ngày cấp.....Nơi cấp:.....

Địa chỉ: .....<sup>4</sup>.....

Điện thoại:..... Email (nếu có):.....

Văn bằng chuyên môn:<sup>5</sup>.....

Thời gian đăng ký thực hành:.....

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị.....<sup>2</sup>.....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)*

---

<sup>1</sup> Địa danh.

<sup>2</sup> Ghi rõ tên cơ sở đề nghị đăng ký thực hành.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

<sup>5</sup> Ghi theo văn bằng đào tạo.

**Mẫu 04 - Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

.....<sup>1</sup>.....  
.....<sup>2</sup>.....  
-----

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

Số: ...../HĐTH-.....<sup>3</sup>.....

.....<sup>4</sup>....., ngày .... tháng .... năm ...

**HỢP ĐỒNG**

**Thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

*Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày 24 tháng 11 năm 2015;*

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;*

*Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;*

Hôm nay, ngày .... tháng ... năm ... tại ....., chúng tôi gồm:

**BÊN A:**.....

Đại diện là ông/bà: .....

Chức vụ: .....

Địa chỉ thường trú: .....

Điện thoại: .....

**BÊN B:** .....

Ông/bà: .....

Ngày, tháng, năm sinh: .....

Văn bằng chuyên môn:.....<sup>5</sup>.....

Địa chỉ thường trú: .....

.....

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu:.....<sup>6</sup>..... Ngày cấp ..... Nơi cấp:.....

Thỏa thuận ký kết hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo các điều khoản sau đây:

**Điều 1. Thời gian, địa điểm và nội dung chuyên môn thực hành**

1. Thời gian thực hành: Ông/bà ..... có văn bằng chuyên môn .....<sup>7</sup>..... được thực hành từ ngày ..... tháng .... năm .... đến ngày ..... tháng .... năm .....

2. Địa điểm thực hành: .....<sup>8</sup>.....

3. Nội dung chuyên môn thực hành:  
.....<sup>9</sup>.....  
.....

## **Điều 2. Quyền và nghĩa vụ của Bên A**

1. Bên A có quyền:

- a) Bố trí người hướng dẫn thực hành để hướng dẫn người thực hành thực hành theo đúng các điều khoản ghi trong Hợp đồng.
- b) Chấm dứt Hợp đồng thực hành hoặc các biện pháp xử lý khác nếu người thực hành vi phạm các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.
- c) Thu phí thực hành theo thỏa thuận với Bên B.
- d) Các quyền khác (nếu có)

2. Bên A có nghĩa vụ:

- a) Bảo đảm các điều kiện thuận lợi để người thực hành được thực hành theo đúng các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.
- b) Bảo đảm quyền lợi của người thực hành theo quy định của pháp luật (nếu có).
- c) Xác nhận quá trình thực hành theo đúng mẫu quy định tại Mẫu 07 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày ... tháng ... năm 2023 của Chính phủ.
- d) Các nghĩa vụ khác (nếu có):.....

## **Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của Bên B**

1. Bên B có quyền:

- a) Được thực hành khám bệnh, chữa bệnh dưới sự giám sát của người hướng dẫn thực hành.
- b) Được cung cấp các phương tiện, thiết bị bảo hộ trong quá trình thực hành: .....  
<sup>10</sup>.....
- c) Được hưởng các quyền lợi theo quy định của pháp luật (nếu có).
- d) Được cấp giấy xác nhận quá trình thực hành.
- đ) Các quyền khác (nếu có).

2. Bên B có nghĩa vụ:

- a) Chấp hành nội quy, quy chế chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- b) Hoàn thành những nhiệm vụ đã cam kết trong hợp đồng thực hành.
- c) Nộp kinh phí thực hành đầy đủ theo thỏa thuận với Bên A.
- d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

## **Điều 4. Điều khoản thi hành**

1. Hợp đồng này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ hết hiệu lực khi kết thúc thời gian thực hành và các bên đã hoàn thành các nghĩa vụ của Hợp đồng.
2. Hai bên cam kết thực hiện đúng những điều khoản nêu trên, bên nào vi phạm bên đó phải chịu trách nhiệm trước pháp luật. Trong quá trình thực hiện Hợp đồng, nếu xảy ra tranh chấp thì hai bên cùng nhau thương lượng giải quyết, nếu không thống nhất thì đưa ra Tòa án để giải quyết.
3. Hợp đồng này làm thành hai bản có giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ một bản.

**BÊN A**

*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*

**BÊN B**

*(Ký, ghi rõ họ tên)*

---

<sup>1</sup> Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

<sup>2</sup> Tên cơ sở thực hành.

<sup>3</sup> Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

<sup>4</sup> Địa danh.

<sup>5</sup> Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

<sup>6</sup> Ghi một trong các 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.

<sup>7</sup> Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

<sup>8</sup> Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn nơi thực hành.

<sup>9</sup> Ghi cụ thể nhiệm vụ chuyên môn của người đề nghị thực hành.

<sup>10</sup> Ghi cụ thể các phương tiện, trang thiết bị bảo hộ trang bị cho người thực hành.

**Mẫu 05 - Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

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

-----  
**DANH SÁCH**

**Người thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

1. Tên cơ sở hướng dẫn thực hành khám bệnh, chữa bệnh: .....

.....

2. Địa chỉ: .....

3. Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh:

<b>STT</b>	<b>Họ và tên</b>	<b>Thời gian đăng ký thực hành tại cơ sở thực hành<sup>1</sup></b>
1		
2		
...		

....., ngày .... tháng ... năm ...

**GIÁM ĐỐC**

(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

.....  
<sup>1</sup> Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày ... tháng ... năm .... đến ngày.... tháng.... năm.

**Mẫu 06 - Quyết định phân công người hướng dẫn thực hành**

.....<sup>1</sup>.....  
.....<sup>2</sup>.....  
-----

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

Số: ...../QĐ-.....<sup>3</sup>.....

.....<sup>4</sup>....., ngày .... tháng .... năm ...

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc phân công người hướng dẫn thực hành**

.....

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;*

*Căn cứ Nghị định số ...../2023/NĐ-CP ngày ..... tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;*

*Căn cứ.....<sup>5</sup>.....*

*Xét đơn đề nghị của.....<sup>6</sup>.....*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Tiếp nhận ông/bà .....<sup>7</sup>....., sinh ngày .... tháng ... năm ....., có văn bằng chuyên môn ..... được thực hành tại .....<sup>8</sup>..... trong thời gian từ ngày.... tháng ... năm .... đến ngày....tháng... năm.....

**Điều 2.** Phân công ông/bà .....<sup>9</sup>....., chứng chỉ hành nghề số: .....<sup>10</sup>..... chịu trách nhiệm chính để hướng dẫn thực hành cho ông/bà .....<sup>7</sup>..... trong thời gian quy định tại Điều 1 Quyết định này.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Các ông/bà có tên tại Điều 1, Điều 2 và .....<sup>11</sup>..... chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

**GIÁM ĐỐC**

*(Ký và ghi rõ họ tên)*

<sup>1</sup> Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

<sup>2</sup> Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

<sup>3</sup> Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

<sup>4</sup> Địa danh.

<sup>5</sup> Căn cứ văn bản quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở.

<sup>6</sup> Ghi rõ chức danh của người đứng đầu đơn vị hoặc bộ phận được giao đầu mối về đào tạo thực hành.

<sup>7</sup> Ghi rõ họ tên người đăng ký thực hành.

<sup>8</sup> Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

<sup>9</sup> Ghi rõ họ tên của người hướng dẫn thực hành chính.

<sup>10</sup> Ghi rõ trình độ đào tạo, trình độ chuyên môn theo văn bằng của người hướng dẫn thực hành chính.

<sup>11</sup> Ghi cụ thể các cá nhân, đơn vị có liên quan (nếu cần).

**Mẫu 07 - Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành**

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN<sup>1</sup>  
TÊN CƠ SỞ HƯỚNG DẪN  
THỰC HÀNH  
-----

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

Số: ...../.....

....., ngày .... tháng .... năm ...

**GIẤY XÁC NHẬN HOÀN THÀNH QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH**

.....<sup>2</sup>.....xác nhận:

Họ và tên:.....

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<sup>3</sup>:.....

Ngày cấp: .....Nơi cấp:.....

Văn bằng chuyên môn:.....<sup>4</sup>.....Năm tốt nghiệp:.....

Đã thực hành tại:.....<sup>5</sup>.....do .....<sup>6</sup>..... hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành: .....

2. Năng lực chuyên môn:<sup>7</sup> .....

3. Đạo đức nghề nghiệp:<sup>8</sup> .....

**ĐẠI DIỆN CƠ SỞ HƯỚNG DẪN  
THỰC HÀNH<sup>9</sup>**

<sup>1</sup> Tên cơ quan chủ quản của cơ sở hướng dẫn, thực hành.

<sup>2</sup> Tên cơ sở hướng dẫn, thực hành.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Ghi rõ theo văn bằng, chuyên môn theo văn bằng đào tạo.

<sup>5</sup> Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn đã thực hành.

<sup>6</sup> Họ và tên người chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn thực hành.

<sup>7</sup> Nhận xét cụ thể về khả năng khám bệnh, chữa bệnh theo chuyên khoa đăng ký thực hành.

<sup>8</sup> Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh.

<sup>9</sup> Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.

**Mẫu 08 - Đơn đề nghị cấp giấy phép hành nghề khám bệnh chữa bệnh/Thừa nhận giấy phép hành nghề**

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

.....  
.....<sup>1</sup>....., ngày .... tháng .... năm ...

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh/  
Thừa nhận giấy phép hành nghề**

Kính gửi:.....<sup>2</sup>.....

Họ và tên:.....

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<sup>3</sup>:  
.....

Ngày cấp ..... Nơi cấp:.....

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

Là người đang làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh<sup>4</sup>:.....

Văn bằng chuyên môn:<sup>5</sup> .....

Chức danh đề nghị cấp: <sup>6</sup> .....

Trường hợp đề nghị cấp: <sup>7</sup> .....

Phạm vi hành nghề đề nghị cấp: .....

Số giấy phép hành nghề đã được cấp (nếu có): .....

Hồ sơ đề nghị.....<sup>7</sup>.....gồm các giấy tờ sau<sup>8</sup>:

(1) .....

(2) .....

(3) .....

.....  
Tôi xin cam đoan những thông tin kê khai ở trên là của tôi và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính xác thực của nội dung kê khai cũng như các giấy tờ trong bộ hồ sơ này. Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi.

**NGƯỜI LÀM ĐƠN**  
(Ký và ghi rõ họ, tên)

---

<sup>1</sup> Địa danh.

<sup>2</sup> Tên cơ quan cấp giấy phép hành nghề.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Ghi đúng tên trên giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang làm việc, trường hợp không làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào ghi “Đang không làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.

<sup>5</sup> Ghi theo văn cơ sở đào tạo đã được cấp.

<sup>6</sup> Ghi theo một trong các chức danh chuyên môn quy định tại khoản 1 Điều 26 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

<sup>7</sup> Trường hợp đề nghị cấp: ghi rõ cấp mới, cấp lại, cấp gia hạn, cấp điều chỉnh giấy phép hành nghề với từng trường hợp cụ thể theo quy định tại Nghị định số...../2023/NĐ-CP.

<sup>8</sup> Phải 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.

**Ghi chú:** Trường hợp thực hiện thủ tục trên môi trường điện tử, người thực hiện thủ tục hành chính chỉ cần kê khai các thông tin: Họ và tên, ngày tháng năm sinh, số định danh cá nhân/số căn cước công dân ... Trường hợp thực hiện thủ tục hành chính bằng hồ sơ giấy người hành nghề cần kê khai đầy đủ các thông tin hành chính trong đơn.

**Mẫu 09 - Sơ yếu lý lịch tự thuật**

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

-----

Ảnh màu 04 cm x 06 cm (có đóng dấu giáp lai của của cơ quan xác nhận lý lịch
--

**SƠ YẾU LÝ LỊCH  
TỰ THUẬT**

Họ và tên:.....Nam,  
nữ:.....

Ngày, tháng, năm sinh.....

Nơi thường trú hiện nay: .....

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

.....  
.....  
.....

Ngày cấp.....Nơi.....  
cấp:.....

Số điện thoại liên hệ: Nhà riêng .....; Di động (nếu có) .....

Khi cần báo tin cho ai? ở đâu?:.....

*Số hiệu:* .....

*Ký hiệu:* .....

Họ và  
tên:.....

Ngày, tháng, năm sinh..... Tại:.....

Nguyên  
quán:.....  
.....  
.....

Nơi đăng ký thường trú hiện nay:.....

Dân tộc: ..... Tôn giáo:.....

Trình độ văn hóa:.....Ngoại ngữ:.....

Trình độ chuyên môn: .....Loại hình đào tạo:.....

Chuyên ngành đào tạo:.....

Nghề nghiệp:.....

### HOÀN CẢNH GIA ĐÌNH

Họ và tên bố:.....Tuổi.....Nghề nghiệp.....

Họ và tên mẹ:.....Tuổi:.....Nghề nghiệp.....

Họ và tên vợ hoặc chồng:..... Tuổi:.....

Nghề nghiệp:.....

Nơi làm việc:.....

Nơi ở hiện tại:.....

### QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO CỦA BẢN THÂN

Từ tháng năm đến tháng năm	Chuyên ngành đào tạo	Tên cơ sở đào tạo	Văn bằng, chứng chỉ được cấp

### QUÁ TRÌNH CÔNG TÁC CỦA BẢN THÂN

Từ tháng năm đến tháng năm	Làm công tác gì?	Ở đâu?	Giữ chức vụ gì?

Có thuộc các trường hợp bị cấm hành nghề theo quy định tại Điều 20 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh không?: .....

Ghi rõ nếu có:.....

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thực, nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật.

**XÁC NHẬN CỦA THỦ TRƯỞNG  
CƠ QUAN/ĐƠN VỊ CÔNG TÁC<sup>2</sup>**

....., ngày.... tháng... năm...  
**NGƯỜI KHAI KÝ TÊN**

---

<sup>1</sup> 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.

**Ghi chú:** Trường hợp thực hiện thủ tục trên môi trường điện tử, người thực hiện thủ tục hành chính chỉ cần kê khai các thông tin: Họ và tên, ngày tháng năm sinh, số định danh cá nhân/số căn cước công dân. Trường hợp thực hiện thủ tục hành chính bằng hồ sơ giấy người hành nghề cần kê khai đầy đủ các thông tin hành chính trong đơn.

<sup>2</sup> Trường hợp người đề nghị đang không làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào thì không phải xác nhận nội dung này.

**Mẫu 10 - Quyết định về việc điều chỉnh phạm vi hành nghề**

BỘ Y TẾ (hoặc) UBND

.....<sup>1</sup>.....

**SỞ Y TẾ**

-----

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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

-----

Số: ...../QĐ-.....<sup>2</sup>.....

.....<sup>3</sup>....., ngày .... tháng .... năm ...

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc điều chỉnh phạm vi hành nghề**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ (HOẶC GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ)**

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;*

*Căn cứ Nghị định số ...../2023/NĐ-CP ngày ..... tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;*

*Xét đề nghị của .....<sup>4</sup>.....*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Điều chỉnh phạm vi hành nghề cho ông/bà:

Họ và tên: <sup>5</sup> .....

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<sup>6</sup>

.....

Ngày cấp.....Nơi cấp:.....

Địa chỉ cư trú: .....

Văn bằng chuyên môn:<sup>7</sup>.....

Số giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh đã cấp: .....

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

Phạm vi hành nghề được điều chỉnh: .....

**Điều 2.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

**Điều 3.** Ông/bà có tên tại Điều 1 và ...<sup>8</sup>... chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

**BỘ TRƯỞNG (hoặc GIÁM ĐỐC)**

*(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)*

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Tên tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

<sup>2</sup> Chữ viết tắt tên của đơn vị trình.

<sup>3</sup> Địa danh.

<sup>4</sup> Ghi rõ chức danh người đứng đầu của đơn vị được giao chức năng đầu mối cấp, cấp lại như: Cục trưởng Cục ..., Trưởng phòng....

<sup>5</sup> Ghi rõ tên của người được điều chỉnh phạm vi hành nghề bằng chữ in hoa đậm; trường hợp là người nước ngoài phải ghi đúng theo tên trong hộ chiếu của người đó.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Ghi theo một trong các chức danh chuyên môn quy định tại khoản 1 Điều 26 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

<sup>8</sup> Các đơn vị quản lý liên quan quyết định.

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

TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN<sup>1</sup>  
TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,  
CHỮA BỆNH<sup>2</sup>  
-----

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

Số: ...../.....

....., ngày ... tháng ... năm ....

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH HÀNH NGHỀ**

.....<sup>2</sup>.....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<sup>3</sup>:.....

Ngày cấp .....Nơi cấp:.....

Văn bằng chuyên môn:.....<sup>4</sup>.....Năm tốt nghiệp:.....

Số giấy phép hành nghề:.....

Đã hành nghề với phạm vi .....<sup>5</sup>..... tại.....<sup>6</sup>.....đạt kết quả như sau:

1. Thời gian hành nghề:<sup>7</sup>.....

2. Năng lực chuyên môn:<sup>8</sup>.....

3. Đạo đức nghề nghiệp:<sup>9</sup>.....

**ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH<sup>10</sup>**

<sup>1</sup> Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

<sup>2</sup> Tên cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Ghi rõ văn bằng, chuyên môn theo văn bằng đào tạo.

<sup>5</sup> Ghi rõ phạm vi hành nghề.

<sup>6</sup> Ghi rõ bộ phận chuyên môn của người hành nghề.

<sup>7</sup> Ghi rõ từ ngày, tháng, năm đến ngày, tháng, năm.

<sup>8</sup> Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện khám bệnh, chữa bệnh theo chuyên khoa đăng ký hành nghề.

<sup>9</sup> Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký hành nghề đối với đồng nghiệp và người bệnh.

<sup>10</sup> Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu