

Số: 786.../TB-BVDLTW

Hà Nội, ngày 26 tháng 6 năm 2019

**THÔNG BÁO**  
**TỔ CHỨC VÀ XÁC NHẬN THỰC HÀNH**  
**KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHO BÁC SĨ KHÓA 1**

- Kính gửi: - Sở Y tế các tỉnh;  
- Bệnh viện đa khoa tuyến Trung ương, tuyến Tỉnh, tuyến Huyện;  
- Bệnh viện Da liễu, Trung tâm Da liễu;  
- Các Trường đại học Y dược;  
- Các Bệnh viện Đa khoa tư nhân;  
- Các học viên đã hoàn thành chương trình Định hướng chuyên khoa Da liễu, Cao học Da liễu

Căn cứ Quyết định số 1746/QĐ-BYT ngày 10/5/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Bệnh viện Da liễu Trung ương;

Căn cứ nghị 109/2016/NĐ – CP ngày 01 tháng 07 năm 2016 của chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Bệnh viện Da liễu Trung ương thông báo: “Tổ chức và xác nhận thực hành 18 tháng khám bệnh, chữa bệnh cho Bác sĩ” như sau:

1. **Hình thức đào tạo:** Tập trung
2. **Giấy xác nhận:** Học viên hoàn thành chương trình được cấp giấy xác nhận 18 tháng thực hành theo quy định.
3. **Đối tượng:** Bác sĩ đa khoa có văn bằng chứng chỉ chuyên ngành Da liễu
4. **Nội dung:** Theo chương trình của Bệnh viện
5. **Thời gian đào tạo:** 18 tháng
6. **Địa điểm đào tạo:** Bệnh viện Da liễu Trung ương.
7. **Hồ sơ đăng kí gồm:**
  - 01 đơn đề nghị thực hành tại bệnh viện (theo mẫu đính kèm)
  - 01 bản sao bằng tốt nghiệp đại học (công chứng có thời hạn trong vòng 6 tháng).
  - 01 bản sao chứng chỉ định hướng chuyên khoa Da liễu hoặc bằng cao học Da liễu (công chứng có thời hạn trong vòng 6 tháng)
  - 01 sơ yếu lí lịch có xác nhận của địa phương hoặc cơ quan công tác (công chứng có thời hạn trong vòng 6 tháng).
  - 01 bản sao giấy khai sinh (công chứng có thời hạn trong vòng 6 tháng)





- 01 bản sao chứng minh thư nhân dân hoặc căn cước công dân (công chứng có thời hạn trong vòng 6 tháng)
- 01 giấy giới thiệu hoặc quyết định cử đi thực hành của cơ quan công tác (nếu có).
- 01 ảnh 4 x 6 (chụp không quá 6 tháng, ghi rõ họ tên, ngày sinh phía sau ảnh).

## 8. Thời gian và địa điểm nhận hồ sơ:

### 8.1. Thời gian:

Từ ngày ra thông báo tuyển sinh đến hết ngày 31/7/2019

### 8.2. Địa điểm:

- Phòng Đào tạo thuộc Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyển, phòng 1002 tầng 10 - tòa nhà Kỹ thuật cao Bệnh viện Da liễu Trung ương, số 15A, Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội.
- Liên hệ: 043. 852. 1181, hoặc ThS. Nguyễn Diệu Hương - phòng 1007 - Trung tâm Đào tạo và chỉ đạo tuyển, ĐT: 0904. 943. 460,  
Email: nguyendieuhuong91@gmail.com.

**9. Học phí:** 35.000.000 đồng (Bằng chữ: Ba mươi lăm triệu đồng chẵn). Học phí chỉ bao gồm chi phí học tập, không bao gồm chi phí ăn uống, lưu trú và đi lại.

## 10. Cách thức nộp học phí:

- Chuyển khoản:

Tên Tài khoản: Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Số tài khoản: 117 000 1040 11

Ngân hàng Vietinbank chi nhánh Hoàng Mai.

Đề nghị ghi rõ "Họ và tên, ngày sinh, nộp lệ phí thực hành 18 tháng khám bệnh, chữa bệnh cho bác sĩ".

- Đóng lệ phí bằng tiền mặt:

Học viên vui lòng liên hệ với: ThS. Phạm Thị Nhài, ĐT 0983.120.301, tại phòng Tài chính kế toán, tầng 4, nhà Điều hành bệnh viện Da liễu Trung ương.

## 11. Khai giảng: 2/8/2019

Chi tiết xem tại : Website [www.dalieu.vn](http://www.dalieu.vn); mục Đào tạo trong da liễu

Website [www.daotao.dalieu.vn](http://www.daotao.dalieu.vn)

**Ghi chú :** Sau khi xét duyệt hồ sơ, bệnh viện sẽ có thông báo đến các học viên đủ điều kiện tham dự khóa thực hành. Học viên đóng học phí xong chuyển phiếu thu, giấy nộp tiền lên phòng Đào tạo, phòng 1002, tầng 10, tòa nhà Kỹ thuật cao bệnh viện.

### Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu: VT, ĐT



Nguyễn Văn Thường



CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

**ĐƠN XIN DỰ TUYỂN**

**LỚP:** .....

**Kính gửi:** Phòng Đào tạo – Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyển  
bệnh viện Da liễu Trung ương

1. Họ và tên: ..... Nam (nữ).....
2. Ngày, tháng, năm sinh (*ghi rõ theo bằng tốt nghiệp*): .....
3. Nơi sinh (*theo địa dư mới*): .....
4. Nguyên quán: .....
5. Nơi thường trú: .....
6. Dân tộc: ..... Quốc tịch: .....
7. Thuộc diện ưu tiên như trong thông báo tuyển sinh:.....
8. Đảng viên ĐCSVN ..... (năm kết nạp Đảng) .....
9. Chức vụ khi đi học: .....
10. Cơ quan đang công tác hiện nay: .....
11. Địa chỉ cơ quan đang công tác hiện nay: .....
- .....
12. Số điện thoại:  
Cơ quan: ..... Nhà riêng: ..... Di động.....
13. Email:.....
14. Các trang mạng xã hội đang dùng (Zalo, Facebook, Twitter...) .....
- .....
15. Năm tốt nghiệp (Trung cấp, Cao đẳng, Đại học): .....  
Hệ đào tạo ..... Chuyên ngành: .....
16. Nơi tốt nghiệp (TC, CĐ, ĐH): .....
17. Năm tốt nghiệp Sau đại học (nếu có).....
18. Chuyên ngành: .....
19. Thời gian liên tục làm việc trong chuyên ngành dự thi tuyển:.....  
từ ngày.....tháng.....năm..... đến nay.

Tôi đảm bảo những điều ghi trong đơn là đúng sự thật, tự nguyện đăng ký dự tuyển  
Lớp .....  
và cam kết thực hiện đúng quy chế đào tạo của Nhà nước và Bộ Y tế. **Tôi đồng ý tự  
túc kinh phí** đào tạo theo quy định.

Hà Nội, ngày      tháng      năm

**Người làm đơn**  
(Ký và ghi rõ họ tên)