

Số: 666/TB-BVDLTW

Hà Nội, ngày 29 tháng 5 năm 2019

THÔNG BÁO TUYỂN SINH LỚP LIỆU PHÁP MESO TRONG THẨM MỸ DA KHÓA 3

- 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.

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 Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ ngành Y tế;

Căn cứ Quyết định số 258/QĐ-K2ĐT ngày 30/12/2014 của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo về việc cấp mã cơ sở đào tạo liên tục cho Bệnh viện Da liễu Trung ương;

Bệnh viện Da liễu Trung ương thông báo tuyển sinh lớp “Liệu pháp Meso trong thẩm mỹ da” khóa 3 như sau:

1. **Hình thức đào tạo:** Tập trung
2. **Chứng chỉ:** Học viên tốt nghiệp được cấp chứng chỉ theo quy định
3. **Học viên:** Bác sĩ tốt nghiệp hệ Bác sĩ da khoa
4. **Thời gian đào tạo:** 2 tuần
5. **Địa điểm đào tạo:** Bệnh viện Da liễu Trung ương
6. **Hồ sơ đăng kí gồm:**
 - 01 đơn xin dự tuyển (theo mẫu đính kèm)
 - 01 bản sao văn bằng tốt nghiệp (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 (có thời hạn trong vòng 6 tháng)
 - 01 giấy giới thiệu hoặc quyết định cử đi học của cơ quan công tác
 - 01 bản sao giấy khai sinh (công chứng có thời hạn trong vòng 6 tháng)
 - 01 bản sao chứng minh nhân dân hoặc căn cước công dân (công chứng có thời hạn trong vòng 6 tháng)
 - 01 ảnh 4 x 6 (ghi rõ họ tên, ngày sinh phía sau ảnh)



7. Thời gian và địa điểm nhận hồ sơ

a. Thời gian

Từ ngày ra thông báo tuyển sinh đến hết ngày **12/07/2019**

b. Địa điểm

- Phòng Đào tạo thuộc Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến, phòng 1002, tầng 10, tòa nhà Kỹ thuật cao, Bệnh viện Da liễu Trung ương, 15A, Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội.
- Liên hệ: 0243.852.1181, hoặc ThS. Nguyễn Thị Thanh Hương – chuyên viên phòng Đào tạo, ĐT: 0966.886.696, Email: huongbvdl90@gmail.com.

8. Học phí toàn khóa: 15.000.000 đồng (Bằng chữ: Mười lăm triệu đồng chẵn)

9. Cách thức nộp học phí

a. 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, nộp học phí lớp Liệu pháp meso trong thẩm mỹ da khóa 3”

b. Tiền mặt

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

10. Khai giảng: Dự kiến ngày 19/07/2019

Chi tiết xem tại : Website www.dalieu.vn; mục Đào tạo trong da liễu
Website 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 học. 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. *st*

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, sticker...)
-

13. Năm tốt nghiệp (Trung cấp, Cao đẳng, Đại học):
- Hệ đào tạo Chuyên ngành:
8. Nơi tốt nghiệp (TC, CĐ, ĐH):
9. Năm tốt nghiệp Sau đại học (nếu có).....
10. Chuyên ngành:
15. 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 2019

Người làm đơn ký
(Ghi rõ họ và tên)