**Phụ lục số 02**

|  |  |
| --- | --- |
| ............[[1]](#footnote-1).......................[[2]](#footnote-2)............Số: /GXNTT | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** *…[[3]](#footnote-3)…, ngày tháng năm 20…* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC TẬP**

**KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN**

 ............................[[4]](#footnote-4)........................ xác nhận:

Ông/bà:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay: [[5]](#footnote-5)

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số: ……..……………………………………….

Ngày cấp: …………..……… Nơi cấp:

đã thực tập tại..........................[[6]](#footnote-6)...........................................................................

Số giấy phép hoạt động…………………………………………. ……………………..

Phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở:………………………………………..….

Ý kiến nhận xét của cơ sở về kết quả thực tập:

1. Thời gian thực tập: [[7]](#footnote-7)

2. Phạm vi hoạt động chuyên môn: [[8]](#footnote-8)

3. Đạo đức nghề nghiệp: [[9]](#footnote-9)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PHỤ TRÁCH CƠ SỞ** **KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**(Ký tên, đóng dấu nếu có) |

1. *Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Địa danh* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Giống như mục 2* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Giống như mục 2* [↑](#footnote-ref-6)
7. *Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày …. tháng …năm…. đến ngày…. tháng ….năm…theo Điểm a Khoản 2 Điều 12 Thông tư này*  [↑](#footnote-ref-7)
8. *Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo Điểm b Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.* [↑](#footnote-ref-8)
9. *Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử, đạo đức của người thực tập Điểm c Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.* [↑](#footnote-ref-9)