

Mẫu 05 – Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh

**SỞ Y TẾ TỈNH LÂM ĐỒNG
TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC ĐỨC LINH**

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

Số: 588 /DSTH-TTYTĐL

Đức Linh, ngày 31 tháng 10 năm 2025

DANH SÁCH
Người thực hành khám bệnh, chữa bệnh

1. Tên cơ sở hướng dẫn thực hành khám bệnh, chữa bệnh: Trung tâm Y tế khu vực Đức Linh.

2. Địa chỉ: Thôn Mê Pu 3, xã Nam Thành, tỉnh Lâm Đồng.

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

STT	Họ và tên	Thời gian đăng ký thực hành tại cơ sở thực hành
1	Trần Thị Yến Vy	Từ ngày 01/11/2025 đến hết ngày 31/10/2026
2	Nguyễn Thị Xuân Giang	Từ ngày 01/11/2025 đến hết ngày 30/04/2026
3	Huỳnh Thị Kim Anh	Từ ngày 01/11/2025 đến hết ngày 30/04/2026

Nơi nhận:

- Sở Y tế tỉnh Lâm Đồng;
- Ban Giám đốc TTYT;
- Các khoa lâm sàng TTYT;
- Lưu VT, PKH-NV (Ái).

GIÁM ĐỐC

Hồ Phi Long

Mẫu 03

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

Ảnh màu

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

SƠ YẾU LÝ LỊCH
TỰ THUẬT

Họ và tên:

Ngày tháng, năm sinh:

Nơi ở đăng ký hộ khẩu thường trú hiện nay:

.....

.....

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh/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:

Sinh ngày: tháng năm 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:.....

Chỗ ở hiện nay:

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?

KHEN THƯỞNG VÀ KỶ LUẬT

Khen thưởng:

Kỷ luật:

LỜI CAM ĐOAN

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/ Chủ tịch Ủy ban nhân dân xã, phường	, ngày.....tháng.....năm Người khai ký tên
--	--