

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỌC

Tên khóa học: Điều trị nám

Thời gian học: 03/10/2022 - 22/11/2022

Kính gửi: Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến – Bệnh viện Y Học Cổ Truyền Nghệ An

- Họ tên khai sinh (*chữ in hoa, có dấu*): KHUẤT THỊ THANH
- Ngày, tháng, năm sinh: 21/10/1997 Giới tính: Nữ
- Nơi sinh (tỉnh/thành phố ghi trong giấy khai sinh): Dân tộc : Không rõ
- Số Chứng minh thư nhân dân/ Thẻ căn cước công dân/ Hộ chiếu: 001100006676
- Ngày cấp: 07/09/2021 Nơi cấp: Hà Nội
- Nơi công tác (ghi rõ Khoa/Phòng/Ban; Đơn vị): Khoa Phục hồi chức năng, BVHN ĐK tỉnh Nghệ An
- Số năm kinh nghiệm: 1
- Địa chỉ liên hệ: Phú Diễn, Bắc Từ Liêm, Hà Nội
- Số điện thoại: 0981211111 8. Email: fseva@gmail.com
- Thông tin về văn bằng:
Tốt nghiệp: Đại học
Trường cấp bằng: Đại học Y Hà Nội
Chuyên ngành: Y đa khoa
- Các văn bằng, chứng chỉ khác liên quan đến khóa học:

TT	Tên văn bằng/chứng chỉ	Đơn vị cấp văn bằng/chứng chỉ	Năm
----	------------------------	-------------------------------	-----

11. Sau khi xem kỹ nội dung và điều kiện tham gia khóa học:

Tôi làm đơn này đề nghị Trung tâm cho tôi được theo học khóa đào tạo nói trên. Nếu được vào học tôi xin cam kết:

- **Đủ điều kiện sức khỏe tham gia khóa đào tạo và không có tiền án, tiền sự.**
- **Chấp hành nghiêm chỉnh mọi nội quy, quy định của Trung tâm, đơn vị thực hành và các quy định của pháp luật.**
- **Sau khi khóa học đã khai giảng, nếu tôi tự ý nghỉ học với bất cứ lý do gì, hoặc vi phạm kỷ luật mà buộc thôi học thì tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm và không đòi Bệnh viện hoàn trả học phí đã nộp.**

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận đã đọc kỹ và hiểu rõ nội dung Thông báo tuyển sinh khóa học này. Tôi cam kết và hoàn toàn chịu trách nhiệm về tất cả các thông tin tự kê khai trên là hoàn toàn đúng sự thật, sẵn sàng cung cấp các văn bản hợp pháp để chứng minh khi Trung tâm yêu cầu.

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(Ký, ghi rõ họ tên)

Khuất Thị Thanh