

**ĐƠN ĐĂNG KÝ HỌC**

**Tên khóa học:** Phục hồi chức năng sau chấn thương và tổn thương não

**Thời gian học:** 31/08/2022 - 07/09/2022

*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*): BÙI NGỌC LONG
- Ngày, tháng, năm sinh: 08/09/1993 Giới tính: Nam
- Nơi sinh (tỉnh/thành phố ghi trong giấy khai sinh): Điện Biên Dân tộc :
- Số Chứng minh thư nhân dân/ Thẻ căn cước công dân/ Hộ chiếu: 17828649819  
Ngày cấp: 08/09/2020 Nơi cấp: Công an TP Thái Nguyên
- Nơi công tác (ghi rõ Khoa/Phòng/Ban; Đơn vị): Khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ,  
Số năm kinh nghiệm: 3
- Địa chỉ liên hệ: Cầu Giấy-Hà Nội , 01,VN
- Số điện thoại: 0934443233 8. Email: t29bachbach@gmail.com
- Thông tin về văn bằng:  
*Tốt nghiệp: Đại học*  
*Trường cấp bằng: Đại học y Hà Nội*  
*Chuyên ngành: Chuyên khoa ngoại chấn thương*
- 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
1	Bằng Thạc sỹ chuyên ngành	Đại học Y Hà Nội	2005

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)

