

BỘ Y TẾ  
HỌC VIỆN YDHCT VIỆT NAM

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

Hà Nội, ngày    tháng    năm 2019

**PHIẾU NHẬN XÉT KẾT QUẢ THỰC TẬP TỐT NGHIỆP**

*Họ và tên sinh viên:*

*Mã sinh viên:*

*Ngày sinh:*

**Nhận xét của nhà thuốc:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**XÁC NHẬN CỦA ĐƠN VỊ**

*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*