

**PHIẾU ĐĂNG KÝ THAM DỰ**  
**LỚP THỰC HÀNH GÂY TÊ MẶT PHẪNG**  
**CƠ NGANG BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM**

Thời gian: .....

Kính gửi: Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Họ và tên: .....  Nam  Nữ

Ngày, tháng, năm sinh: ..... Nơi sinh: .....

CMND số: ..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

Điện thoại liên lạc: ..... Email: .....

Địa chỉ cư trú: .....

Cơ quan công tác: .....

Bằng tốt nghiệp Sau Đại học chuyên ngành Gây mê hồi sức:

- Tiến sĩ                       Thạc sĩ  
 Chuyên khoa II             Chuyên khoa I             Định hướng chuyên khoa

**Quy định đối với học viên:**

- Chấp hành các quy định của Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM và khoa Gây mê – Hồi sức;
- Thực hiện sàng lọc **mỗi ngày** trước khi vào khuôn viên Bệnh viện tại **cổng số 5** – đường Tân Đà;
- Không chụp hình, quay phim, thu âm trong thời gian học tại Bệnh viện Đại học Y Dược;
- Trong thời gian tham dự khóa tập huấn tại bệnh viện, phải mang thẻ học viên và bảo quản cho đến khi kết thúc khóa học;
- Tham gia đầy đủ các buổi học lý thuyết và thực hành;
- **Nghỉ > 2 buổi học lý thuyết và thực hành sẽ không được cấp giấy chứng nhận.**

Tôi cam kết chấp hành nghiêm túc các quy định trên và đăng ký tham dự lớp *Thực hành gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng dưới hướng dẫn siêu âm.*

Trân trọng.

Ngày    tháng    năm 20  
**Người đăng ký**  
(Ký và ghi rõ họ tên)