



Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM
215 Hồng Bàng, P.11, Q.5, TP HCM
ĐT: 028-38554269 Fax: 028-39506126
Email: bvdhyd@umc.edu.vn Website: www.bvdaihoc.com.vn

Ảnh 3x4cm

**PHIẾU ĐĂNG KÝ THAM DỰ
LỚP VẬT LÝ TRỊ LIỆU HÔ HẤP
01/04/2019 – 26/04/2019**

Kính gửi: Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Họ và tên: Nam Nữ

Ngày, tháng, năm sinh: Nơi sinh:

CMND số: Ngày cấp: Nơi cấp:

Điện thoại liên lạc: Email:

Địa chỉ thường trú:

Cơ quan công tác:

Đối tượng: Kỹ thuật viên VLTL Cử nhân VLTL Khác:

***Quy định đối với học viên:**

- Chấp hành các quy định của Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM và khoa Phục hồi chức năng;
- 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;
- Sau khi lớp học đã khai giảng, nếu tôi vì vi phạm kỷ luật mà bị buộc thôi học thì tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm và không yêu cầu Bệnh viện hoàn trả học phí đã nộp;
- **Nghỉ $\geq 20\%$ tổng số buổi học lý thuyết và thực hành sẽ không được cấp giấy chứng nhận.**

Tôi cam kết chấp hành những quy định trên và đăng ký tham dự lớp *Vật lý trị liệu hô hấp* được tổ chức từ ngày 01/04/2019 đến ngày 26/04/2019.

Trân trọng.

Ngày tháng năm 20

Người đăng ký

(Ký và ghi rõ họ tên)