



BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM

215 Hồng Bàng, P.11, Q.5, TPHCM

ĐT: 028-38554269

Fax: 028-39506126

Email: bvdhdy@umc.edu.vn

Website: www.bvdaihoc.com.vn

Ảnh 3x4cm

PHIẾU ĐĂNG KÝ THAM DỰ
LỚP KỸ THUẬT VIÊN NỘI SOI TIÊU HÓA
03/6/2024 – 31/8/2024

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 thường trú:

Cơ quan công tác:

Khoa/Phòng:

Đối tượng: ☐ Điều dưỡng trung học ☐ Cử nhân Điều dưỡng

☐ Y sĩ (đã có chứng nhận chuyển đổi sang điều dưỡng)

***Quy định đối với học viên:**

- Chấp hành các quy định của Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM và khoa Nội soi;
- 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 nghiêm túc những quy định trên và đăng ký tham dự lớp Kỹ thuật viên nội soi tiêu hóa được tổ chức từ ngày 03/06/2024 đến ngày 31/8/2024.

Trân trọng.

Ngày tháng năm 2024

Người đăng ký

(Ký và ghi rõ họ tên)