

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

PHIẾU ĐĂNG KÝ THAM DỰ LỚP HỌC

Kính gửi: Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Họ và tên: ☐ Nam ☐ Nữ

Ngày, tháng, năm sinh: Nơi sinh:

CMND số: Ngày cấp: Nơi cấp:

Điện thoại liên lạc: Email:

Cơ quan công tác hiện nay:

Khoa/Phòng:

Bằng tốt nghiệp Sau Đại học (nếu có)*:

☐ Tiến sĩ ☐ Thạc sĩ ☐ Chuyên khoa II ☐ Chuyên khoa I

*Chuyên ngành:

*Tại Đại học:

Quy định đối với học viên:

- Chấp hành các quy định của Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh 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 $\geq 10\%$ tổng số buổi học lý thuyết và thực hành sẽ không được cấp giấy chứng nhận.**

Nay tôi xin đăng ký tham dự lớp *Nội soi dạ dày* được tổ chức từ ngày 01/03/2016 đến ngày 01/06/2016.

Trân trọng kính chào.

TP Hồ Chí Minh, ngày tháng năm

Người đăng ký

(Ký và ghi rõ họ tên)