SỞ Y TẾ **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH **Độc lập- Tự do- Hạnh phúc**

**BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115**

 **PHIẾU ĐĂNG KÝ THAM DỰ KHÓA**

**ĐÀO TẠO LIÊN TỤC NĂM 2024**

**QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NÃO**

**THỜI GIAN: ĐỢT** ……… Bắt đầu từ: …………………… đến ………….………..

 Họ & tên :……………………………………………………………….

Ảnh 3x4

 Ngày tháng năm sinh: …………………………Giới: Nam/Nữ…………….

 Địa chỉ thường trú: ……………………………………………….…………

 Email: …………….………………………Điện thoại: ……………………

 Đơn vị công tác: …………………………………………………………….

 Trình độ học vấn: 🗆 Bác sĩ 🗆 Điều dưỡng 🗆 Khác : ……………….

 Tôi xin cam kết tuân thủ quy chế và quy định của Bệnh viện./.

 *Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 20….*

 **Chữ ký học viên**