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**