

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

PHIẾU ĐĂNG KÝ

Tham gia khóa học tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học

Đơn vị cử đi đào tạo⁽¹⁾:

Họ và tên học viên: Năm sinh:/...../.....

Địa chỉ thường trú (theo CMND):

Số CMND/CCCD: Ngày cấp:/...../.....

Nơi cấp:

Trình độ chuyên môn (ghi chức danh nghề nghiệp):

Khoa/phòng đang công tác:

Địa chỉ:

Thông tin liên hệ:

+ Di động:

+ Email:

Tên khóa học đăng ký:

Thời gian khóa học:

Học phí:

Tôi xin cam đoan chấp hành nghiêm chỉnh nội quy học tập của Bệnh viện.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 201..

XÁC NHẬN CỦA CƠ QUAN/ĐƠN VỊ ⁽¹⁾

(Ký tên và đóng dấu)

HỌC VIÊN

(Ký và ghi rõ họ và tên)

Ghi chú: (1) Trường hợp cá nhân không có xác nhận cơ quan/đơn vị thì trên giấy chứng chỉ/chứng nhận đào tạo liên tục cấp cho học viên sẽ thể hiện địa chỉ thường trú theo CMND/CCCD của học viên thay cho đơn vị công tác.