**QUY TRÌNH GIẢI QUYẾT THỦ TỤC HÀNH CHÍNH THUỘC THẨM QUYỀN GIẢI QUYẾT CỦA   
SỞ Y TẾ TỈNH ĐỒNG THÁP**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 578/QĐ-UBND-HC ngày 08 tháng 7 năm 2024 của*

*Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh Đồng Tháp)*

**1. Tên thủ tục hành chính: Công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành - 1.012256.000.00.00.H20**

**1.1 Trình tự, cách thức, thời gian giải quyết thủ tục hành chính**

| **TT** | **Trình tự thực hiện** | **Cách thức thực hiện** | **Thời gian giải quyết** | **Ghi chú** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bước 1** | **Nộp hồ sơ thủ tục hành chính:** *Cơ sở hướng dẫn thực hành chuẩn bị hồ sơ đầy đủ theo quy định và nộp hồ sơ qua các cách thức sau:* | Nộp hồ sơ trực tiếp tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả - Trung tâm Hành chính công tỉnh Đồng Tháp tại địa chỉ: Số 85, đường Nguyễn Huệ, phường 1, thành phố Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp. | Sáng : Từ 07 giờ đến 11 giờ 30 phút  Chiều : Từ 13 giờ 30 đến 17 giờ. |  |
| - Hoặc nộp qua bưu chính công ích.  - Hoặc nộp trực tuyến tại website cổng Dịch vụ công của tỉnh Đồng Tháp [*http://dichvucong.dongthap.gov.vn*](http://dichvucong.dongthap.gov.vn) | Không quy định |  |
| **Bước 3** | **Tiếp nhận và chuyển hồ sơ thủ tục hành chính** | 1. Đối với hồ sơ nộp trực tiếp tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả của Trung tâm Hành chính công của tỉnh: Sau khi nhận được bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành, cán bộ, công chức, viên chức tiếp nhận hồ sơ tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả thực hiện: Xem xét, kiểm tra tính chính xác, đầy đủ của hồ sơ:  a) Trường hợp hồ sơ đầy đủ, chính xác theo quy định thì Quét (scan), lưu trữ, cập nhật hồ sơ vào phần mềm một cửa điện tử, lập Giấy tiếp nhận hồ sơ và hẹn trả kết quả (mẫu số 01 của Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23/11/2018) và cấp cho cơ sở đề nghị phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố theo Mẫu 02 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP. Sau đó chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn có thẩm quyền để giải quyết theo quy trình.  b) Trường hợp hồ sơ chưa đầy đủ, chính xác theo quy định thì hướng dẫn cho tổ chức, cá nhân bổ sung hoàn thiện hồ sơ theo quy định và nêu rõ lý do theo mẫu Phiếu yêu cầu bổ sung, hoàn thiện hồ sơ (mẫu số 02 của Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23/11/2018).  c) Trường hợp từ chối nhận hồ sơ phải nêu rõ lý do theo mẫu Phiếu từ chối tiếp nhận giải quyết hồ sơ (mẫu số 03 của Thông tư 01/2018/TT-VPCP ngày 23/11/2018). | Chuyển ngay hồ sơ tiếp nhận trực tiếp trong ngày làm việc *(không để quá 3 giờ làm việc)* hoặc chuyển vào đầu giờ ngày làm việc tiếp theo đối với trường hợp tiếp nhận sau 15 giờ hàng ngày. |  |
| 2. Đối với hồ sơ được nộp trực tuyến thông qua Cổng Dịch vụ công của tỉnh, công chức, viên chức tiếp nhận hồ sơ tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả phải xem xét, kiểm tra tính chính xác, đầy đủ của hồ sơ:  a) Trường hợp hồ sơ chưa đầy đủ, chính xác hoặc không thuộc thẩm quyền giải quyết theo quy định, cán bộ, công chức, viên chức tiếp nhận phải có thông báo, nêu rõ nội dung, lý do và hướng dẫn cụ thể, đầy đủ một lần để tổ chức, cá nhân bổ sung đầy đủ, chính xác hoặc gửi đúng đến cơ quan có thẩm quyền. Việc thông báo được thực hiện thông qua chức năng gửi thư điện tử, gửi tin nhắn tới người dân của Cổng Dịch vụ công của tỉnh.  b) Nếu hồ sơ của tổ chức, cá nhân đầy đủ, hợp lệ thì cán bộ, công chức, viên chức tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả tiếp nhận sau đó chuyển hồ sơ cho bộ phận chuyên môn có thẩm quyền để giải quyết theo quy trình. | Không quá 01 ngày kể từ ngày phát sinh hồ sơ trực tuyến |  |
| **Bước 4** | **Giải quyết thủ tục hành chính** | Sau khi nhận hồ sơ thủ tục hành chính từ Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả: Công chức, viên chức xử lý xem xét, thẩm định hồ sơ, trình phê duyệt kết quả giải quyết thủ tục hành chính.  - Trường hợp hồ sơ chưa đáp ứng yêu cầu thì Sở Y tế sẽ ban hành văn bản gửi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và nêu rõ lý do.  - Thông tin đăng tải tối thiểu gồm: Tên, địa chỉ cơ sở hướng dẫn thực hành, phạm vi hướng dẫn thực hành (nếu có liên kết trong hướng dẫn thực hành phải đăng tải cả nội dung và tên của cơ sở liên kết hướng dẫn thực hành), chi phí hướng dẫn thực hành. | Trong thời hạn 15 ngày kể từ ngày ghi trên phiếu tiếp nhận hồ sơ, Sở Y tế có trách nhiệm đăng tải thông tin của cơ sở hướng dẫn thực hành trên cổng thông tin điện tử hoặc trang thông tin điện tử của cơ quan và trên hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, trong đó: |  |
| *1. Tiếp nhận hồ sơ (Bộ phận TN&TKQ)* | *0,5 ngày* |  |
| *2. Giải quyết hồ sơ (cơ quan/bộ phận chuyên môn), trong đó:* | *14 ngày* |  |
| *+ Chuyên viên*  *+ Lãnh đạo phòng*  *+ Lãnh đạo Sở*  *+ Văn thư* | *05 ngày*  *06 ngày*  *02 ngày*  *01 ngày* |  |
| **Bước 5** | **Trả kết quả giải quyết thủ tục hành chính** | Phiếu tiếp nhận hồ sơ và thông tin của cơ sở hướng dẫn thực hành được đăng tải trên cổng thông tin điện tử hoặc trang thông tin điện tử của cơ quan và trên hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh. | *0,5 ngày* |  |

**1.2. Thành phần, số lượng hồ sơ** *(Theo quy định của văn bản quy phạm pháp luật, ghi rõ ràng số lượng bản chính, bản sao và số bộ hồ sơ )*

a) Thành phần hồ sơ

- Bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành thực hiện theo Mẫu 01 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP

- Nội dung thực hành cụ thể

b) Số lượng hồ sơ: 01 (bộ)

**1.3. Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính:** Cơ sở hướng dẫn thực hành.

**1.4. Cơ quan giải quyết thủ tục hành chính:** Sở Y tế.

**1.5. Kết quả thực hiện thủ tục hành chính:** Phiếu tiếp nhận hồ sơ và Thông tin của cơ sở hướng dẫn thực hành được đăng tải trên cổng thông tin điện tử hoặc trang thông tin điện tử của Sở Y tế và trên hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

**1.6. Phí:** Không quy định

**1.7. Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai:**Mẫu số 01 phụ lục I: Bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành.

**1.8. Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính:** Cơ sở hướng dẫn thực hành phải đáp ứng các điều kiện sau đây:

a) Là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp giấy phép hoạt động phù hợp với các hình thức tổ chức của cơ sở hướng dẫn thực hành quy định tại Điều 5 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP;

b) Có phạm vi hoạt động chuyên môn phù hợp với nội dung thực hành theo quy định tại Điều 3 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP. Trường hợp không đủ các chuyên khoa theo nội dung thực hành quy định tại Điều 3 Nghị định số 96/2023/NĐ-CP được ký hợp đồng hợp tác với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác đáp ứng nội dung thực hành.

**1.9. Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính**

- Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09 tháng 01 năm 2023;

- Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

**1.10. Lưu hồ sơ (ISO):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thành phần hồ sơ lưu** | **Bộ phận lưu trữ** | **Thời gian lưu** |
| - Như mục 1.2;  - Kết quả giải quyết thủ tục hành chính hoặc Văn bản trả lời của Sở Y tế đối với hồ sơ không đáp ứng yêu cầu, điều kiện.  - Hồ sơ thẩm định (nếu có)  - Văn bản trình cơ quan cấp trên (nếu có) | Cơ quan chuyên môn (Phòng/Bộ phận chuyên môn) | Sau 01 năm chuyển hồ sơ đến kho lưu trữ của Sở. |
| Các biểu mẫu theo Khoản 1, Điều 9, Thông tư số 01/2018/TT-VPCP ngày 23 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng, Chủ nhiệm Văn phòng Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Nghị định số 61/2018/NĐ-CP ngày 23 tháng 4 năm 2018 của Chính phủ về thực hiện cơ chế một cửa, một cửa liên thôngtrong giải quyết thủ tục hành chính. | Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả |

**Mẫu 01 - Bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN[[1]](#footnote-1) **TÊN CƠ QUAN, TỔ CHỨC[[2]](#footnote-2)** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: /......[[3]](#footnote-3)...... | *….[[4]](#footnote-4)….., ngày…... tháng….. năm…..* |

**BẢN CÔNG BỐ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành**

Kính gửi: ………[[5]](#footnote-5)….. …….

Tên cơ sở hướng dẫn thực hành: .......................................[[6]](#footnote-6)..............................................

Số giấy phép hoạt động ……… Cơ quan cấp: ......[[7]](#footnote-7).........ngày ……tháng......năm........

Địa chỉ: ........................................................[[8]](#footnote-8)…………………………………………....

Người chịu trách nhiệm chuyên môn: .............................................................................

Điện thoại liên hệ: …..........….....Email (nếu có): ..........................................................

Căn cứ Nghị định số       /2023/NĐ-CP ngày     tháng      năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành theo quy định với các nội dung sau đây:

1. Đối tượng hướng dẫn thực hành: ...................................[[9]](#footnote-9)...........................................

2. Danh sách người hướng dẫn thực hành...............................[[10]](#footnote-10).....................................

3. Các nội dung thực hành được ký hợp đồng hợp tác với cơ sở thực hành khác (nếu có)...........................[[11]](#footnote-11).............................................................................................................

4. Số lượng người thực hành có thể tiếp nhận để hướng dẫn thực hành..........................

5. Chi phí hướng dẫn thực hành ....................................[[12]](#footnote-12)...............................................

Cơ sở cam kết và chịu trách nhiệm trước pháp luật về các nội dung đã công bố.

Tài liệu gửi kèm theo Bản công bố (nếu có)

**THỦ TRƯỞNG CƠ SỞ**

*(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)*

Trường hợp thực hiện trực tuyến thì ký số hợp lệ của cá nhân, tổ chức

**Mẫu 02 - Phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố**

|  |  |
| --- | --- |
| .............1............. **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ……/PTN-……2…… | *…..3……, ngày …. tháng …. năm …* |

**PHIẾU TIẾP NHẬN**

**Hồ sơ công bố…………4……………**

Họ và tên: …………… ……………5……………………………….......................................

Địa chỉ: …………………………6………………………………...........................................

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

Đã nhận hồ sơ đề nghị hồ sơ công bố …7… gồm các giấy tờ sau8:

1…………………………………………………………………..............................................

2…………………………………………………………………..............................................

3…………………………………………………………………..............................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………….., ngày …. tháng …. năm …* **NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ** *(Ký, ghi rõ chức danh, họ và tên)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần: | ngày | tháng | năm | Ký nhận |
| Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần: | ngày | tháng | năm | Ký nhận |
| Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần: | ngày | tháng | năm | Ký nhận |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ quan cấp giấy xác nhận.

2 Chữ viết tắt tên cơ quan cấp.

3 Địa danh.

4 Ghi rõ nội dung hồ sơ công bố (ví dụ: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khỏe; cơ sở đủ điều kiện là cơ sở thực hành, ...).

5 Viết chữ in hoa đầy đủ tên theo chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

6 Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

7 Ghi rõ tên thủ tục hành chính (VD: công bố cơ sở đủ điều kiện thực hành, ...).

8 Phải liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn. Các giấy tờ tài liệu phải đầy đủ và được sắp xếp theo thứ tự quy định tại Nghị định số …./2023/NĐ-CP.

Ghi chú: Trường hợp thực hiện thủ tục trên môi trường điện tử, người thực hiện thủ tục hành chính chỉ cần kê khai các thông tin: họ và tên; ngày tháng năm sinh; số định danh cá nhân/số căn cước công dân/số căn cước.

**Mẫu 03 - Đơn đề nghị thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

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

*…..1……, ngày …. tháng …. năm …*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: …………………………2………………………………

Họ và tên: …………………………………………………………..........................................

Ngày, tháng, năm sinh: …………………………………………………………......................

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu3: …………………………………………………………................................................

Ngày cấp………………………………..Nơi cấp:…………………………………………….

Địa chỉ: …………………………4……………………………….............................................

Điện thoại:…………………. Email (nếu có):…………………...............................................

Văn bằng chuyên môn:5………………………………………….............................................

Thời gian đăng ký thực hành:………………………………………........................................

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị………………2………………cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tôi xin cam kết sẽ thực hiện đúng các quy định của pháp luật về việc thực hành khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác có liên quan của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NGƯỜI LÀM ĐƠN** *(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Địa danh.

2 Ghi rõ tên cơ sở đề nghị đăng ký thực hành.

3 Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

4 Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

5 Ghi theo văn bằng đào tạo.

**Mẫu 04 - Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

|  |  |
| --- | --- |
| .............1............. .............2............. **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  --------------** |
| Số:……/HĐTH-……3…… | *…..4……, ngày …. tháng …. năm …* |

**HỢP ĐỒNG**

**Thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

*Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày 24 tháng 11 năm 2015;*

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;*

*Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;*

Hôm nay, ngày …. tháng … năm … tại …………………., chúng tôi gồm:

**BÊN A:…………………………………………………………..............................................**

Đại diện là ông/bà:…………………………………………………………............................

Chức vụ: …………………………………………………………............................................

Địa chỉ thường trú: …………………Điện thoại: ………………….........................................

**BÊN B:** **…………………………………………………………..............................................**

Ông/bà: ………………………………………………………..................................................

Ngày, tháng, năm sinh: ………………………………………………………..........................

Văn bằng chuyên môn: …………………………5……………………………........................

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

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu:…………6………… Ngày cấp ………………. Nơi cấp:…………………….

Thỏa thuận ký kết hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo các điều khoản sau đây:

**Điều 1. Thời gian, địa điểm và nội dung chuyên môn thực hành**

1. Thời gian thực hành: Ông/bà ………………. có văn bằng chuyên môn ……...…7……được thực hành từ ngày ….….. tháng ….. năm …. đến ngày ….. tháng …. Năm………….

2. Địa điểm thực hành: …………………………8……………………………........................

3. Nội dung chuyên môn thực hành: …………………………9……………………………....

**Điều 2. Quyền và nghĩa vụ của Bên A**

1. Bên A có quyền:

a) Bố trí người hướng dẫn thực hành để hướng dẫn người thực hành thực hành theo đúng các điều khoản ghi trong Hợp đồng.

b) Chấm dứt Hợp đồng thực hành hoặc các biện pháp xử lý khác nếu người thực hành vi phạm các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

c) Thu phí thực hành theo thỏa thuận với Bên B.

d) Các quyền khác (nếu có)

2. Bên A có nghĩa vụ:

a) Bảo đảm các điều kiện thuận lợi để người thực hành được thực hành theo đúng các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

b) Bảo đảm quyền lợi của người thực hành theo quy định của pháp luật (nếu có).

c) Xác nhận quá trình thực hành theo đúng mẫu quy định tại Mẫu 07 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số ............./2023/NĐ-CP ngày … tháng ... năm 2023 của Chính phủ.

d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

**Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của Bên B**

1. Bên B có quyền:

a) Được thực hành khám bệnh, chữa bệnh dưới sự giám sát của người hướng dẫn thực hành.

b) Được cung cấp các phương tiện, thiết bị bảo hộ trong quá trình thực hành: …………………10…………………………….........................................................................

c) Được hưởng các quyền lợi theo quy định của pháp luật (nếu có).

d) Được cấp giấy xác nhận quá trình thực hành.

đ) Các quyền khác (nếu có).

2. Bên B có nghĩa vụ:

a) Chấp hành nội quy, quy chế chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Hoàn thành những nhiệm vụ đã cam kết trong hợp đồng thực hành.

c) Nộp kinh phí thực hành đầy đủ theo thỏa thuận với Bên A.

d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

**Điều 4. Điều khoản thi hành**

1. Hợp đồng này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ hết hiệu lực khi kết thúc thời gian thực hành và các bên đã hoàn thành các nghĩa vụ của Hợp đồng.

2. Hai bên cam kết thực hiện đúng những điều khoản nêu trên, bên nào vi phạm bên đó phải chịu trách nhiệm trước pháp luật. Trong quá trình thực hiện Hợp đồng, nếu xảy ra tranh chấp thì hai bên cùng nhau thương lượng giải quyết, nếu không thống nhất thì đưa ra Tòa án để giải quyết.

3. Hợp đồng này làm thành hai bản có giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ một bản.

|  |  |
| --- | --- |
| **BÊN A** *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* | **BÊN B** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2 Tên cơ sở thực hành.

3 Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4 Địa danh.

5 Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

6 Ghi một trong các thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

7 Ghi rõ theo văn bằng đào tạo.

8 Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn nơi thực hành.

9 Ghi cụ thể nhiệm vụ chuyên môn của người đề nghị thực hành.

10 Ghi cụ thể các phương tiện, trang thiết bị bảo hộ trang bị cho người thực hành.

**Mẫu 05 - Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

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

**DANH SÁCH**

**Người thực hành khám bệnh, chữa bệnh**

1. Tên cơ sở hướng dẫn thực hành khám bệnh, chữa bệnh: …………………………………..

………………………………………………………………....................................................

2. Địa chỉ: ………………………………………………………………..................................

3. Danh sách người thực hành khám bệnh, chữa bệnh:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Thời gian đăng ký thực hành tại cơ sở thực hành1** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| … |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…….., ngày …. tháng … năm …* **GIÁM ĐỐC** *(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày ... tháng ... năm .... đến ngày.... tháng.... năm.

**Mẫu 06 - Quyết định phân công người hướng dẫn thực hành**

|  |  |
| --- | --- |
| .............1............. .............2............. **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  -----------** |
| Số:……/QĐ-……3…… | *…..4……, ngày …. tháng …. năm …* |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc phân công người hướng dẫn thực hành**

…………..

*Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023;*

*Căn cứ Nghị định số /2023/NĐ-CP ngày tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;*

*Căn cứ…………………………………5……..……………………………........................................*

*Xét đơn đề nghị của……………………………………6…………………………………..................*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Tiếp nhận ông/bà ……7………, sinh ngày …. tháng … năm ….., có văn bằng chuyên môn ……………….. được thực hành tại …….……8….………. trong thời gian từ ngày.... tháng ... năm …. đến ngày....tháng... năm……................

**Điều 2.** Phân công ông/bà ……………9…………., chứng chỉ hành nghề số: ………………………10…………………….. chịu trách nhiệm chính để hướng dẫn thực hành cho ông/bà ………………7………….. trong thời gian quy định tại Điều 1 Quyết định này.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành. Các ông/bà có tên tại Điều 1, Điều 2 và ………………11………….. chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC** *(Ký và ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2 Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3 Chữ viết tắt tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4 Địa danh.

5 Căn cứ văn bản quy định chức năng, nhiệm vụ của cơ sở.

6 Ghi rõ chức danh của người đứng đầu đơn vị hoặc bộ phận được giao đầu mối về đào tạo thực hành.

7 Ghi rõ họ tên người đăng ký thực hành.

8 Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

9 Ghi rõ họ tên của người hướng dẫn thực hành chính.

10 Ghi rõ trình độ đào tạo, trình độ chuyên môn theo văn bằng của người hướng dẫn thực hành chính.

11 Ghi cụ thể các cá nhân, đơn vị có liên quan (nếu cần).

**Mẫu 07 - Giấy xác nhận hoàn thành quá trình thực hành**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN1 **TÊN CƠ SỞ HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ------------** |
| Số:……/…….. | *….……, ngày …. tháng …. năm …* |

**GIẤY XÁC NHẬN HOÀN THÀNH QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH**

............................2....................xác nhận:

Họ và tên:………………………………………………………………...................................

Ngày, tháng, năm sinh: ………………………………………………………………..............

Địa chỉ cư trú: ………………………………………………………………............................

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu3:………………………………………………….............................................................

Ngày cấp: ……………………….Nơi cấp:……………………………....................................

Văn bằng chuyên môn:………………4…………………Năm tốt nghiệp:……………...........

Đã thực hành tại:…………………5……………….. do ……………….………6……………. hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành: ……………………………………………………………….............

2. Năng lực chuyên môn:7 ……………………………………………………………….........

3. Đạo đức nghề nghiệp:8………………………………………………………………...........

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ HƯỚNG DẪN** **THỰC HÀNH9** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ quan chủ quản của cơ sở hướng dẫn, thực hành.

2 Tên cơ sở hướng dẫn, thực hành.

3 Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

4 Ghi rõ theo văn bằng, chuyên môn theo văn bằng đào tạo.

5 Ghi rõ tên bộ phận chuyên môn đã thực hành.

6 Họ và tên người chịu trách nhiệm chính trong việc hướng dẫn thực hành.

7 Nhận xét cụ thể về khả năng khám bệnh, chữa bệnh theo chuyên khoa đăng ký thực hành.

8 Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh.

9 Người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.

1. Tên cơ quan, tổ chức chủ quản trực tiếp của cơ sở thực hành (nếu có). [↑](#footnote-ref-1)
2. Tên cơ sở hướng dẫn thực hành. [↑](#footnote-ref-2)
3. Chữ viết tắt tên cơ quan, tổ chức ban hành văn bản công bố. [↑](#footnote-ref-3)
4. Địa danh. [↑](#footnote-ref-4)
5. Tên cơ quan tiếp nhận văn bản công bố. [↑](#footnote-ref-5)
6. Ghi rõ tên cơ sở hướng dẫn thực hành. [↑](#footnote-ref-6)
7. Ghi rõ tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. [↑](#footnote-ref-7)
8. Địa chỉ ghi trên Giấy phép hoạt động. [↑](#footnote-ref-8)
9. Đối tượng hướng dẫn thực hành: liệt kê các chức danh chuyên môn mà cơ sở hướng dẫn thực hành phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt. [↑](#footnote-ref-9)
10. Liệt kê danh sách người hướng dẫn thực hành. [↑](#footnote-ref-10)
11. Liệt kê nội dung người thực hành không thực hành tại cơ sở đó mà phải thực hành ở cơ sở khác (kèm theo hợp đồng hợp tác thực hành). [↑](#footnote-ref-11)
12. Ghi cụ thể chi phí hướng dẫn thực hành. [↑](#footnote-ref-12)