

PHIẾU ĐĂNG KÝ THAM DỰ
LỚP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU ĐỘT QUY

Ảnh 3x4 cm

Thời gian:

Kính gửi: Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Họ và tên: Nam Nữ

Ngày, tháng, năm sinh: Nơi sinh:

CMND số: Ngày cấp: Nơi cấp:

Điện thoại liên lạc: Email:

Địa chỉ cư trú:

Cơ quan công tác:

Khoa/Phòng:

Đối tượng: Bác sĩ Điều dưỡng Kỹ thuật viên

Chuyên khoa công tác: Thần kinh Phục hồi chức năng Vật lý trị liệu

***Quy định đối với học viên:**

- Thực hiện sàng lọc mỗi ngày trước khi vào khuôn viên Bệnh viện tại cổng số 5 – đường Tân Đà;
- Chấp hành các quy định của Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM và khoa Thăm dò chức năng hô hấp;
- Không chụp hình, quay phim, thu âm trong thời gian học tại Bệnh viện Đại học Y Dược;
- Trong thời gian tham dự lớp học 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.**

Tôi cam kết chấp hành những quy định trên và đăng ký tham dự lớp *Phục hồi chức năng sau đột quy* được tổ chức từ ngày/...../2021 đến ngày/...../2021.

Trân trọng.

Ngày tháng năm 2021

Người đăng ký

(Ký và ghi rõ họ tên)