

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

Ảnh 3x4 cm

PHIẾU ĐĂNG KÝ THAM DỰ LỚP HỌC

Kính gửi: Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Họ và tên: ☐ Nam ☐ Nữ

Ngày, tháng, năm sinh: Nơi sinh:

CMND số: Ngày cấp: Nơi cấp:

Điện thoại liên lạc: Email:

Cơ quan công tác:

Khoa/Phòng:

Quy định đối với học viên:

- Chấp hành các quy định của BVĐHYD và Khoa Nội soi;
- Không chụp hình, quay phim, thu âm trong thời gian học tại BVĐHYD;
- Trong thời gian tham dự khóa tập huấn 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;
- **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 xin đăng ký tham dự lớp *Kỹ thuật viên nội soi tiêu hóa (khóa 7)* được tổ chức từ ngày 03/09/2015 đến ngày 30/12/2015.

Chân thành cảm ơn và trân trọng kính chào.

TP. Hồ Chí Minh, ngày.....tháng.....năm.....

Người đăng ký

(Ký và ghi rõ họ tên)