SỞ Y TẾ LÂM ĐỒNG CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

 TRUNG TÂM Y TẾ BẢO LÂM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

 Số: /PNXTH *Bảo Lâm*, ngày tháng năm 20....

PHIẾU NHẬN XÉT QUÁ TRÌNH
THỰC HÀNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Người hướng dẫn thực hành:
* Họ và tên:
* Số chứng chỉ hành nghề KBCB:
* Phạm vi hoạt động chuyên môn:
* Khoa, đơn vị làm việc:
1. Người thực hành:
* Họ và tên: Ngày tháng năm sinh:
* Số CMND/ Thẻ căn cước:
* Thời gian thực hành: (Từ ngày/tháng/nãm đến ngày/tháng/năm)
* Chuyên khoa đăng ký thực hành (ghi theo các chuyên khoa quy định tại Khoản 2 Điều 4 Thông tư này):
* Địa điểm thực hành (ghi tên khoa thực hành):
1. Kết quả thực hành:
* Năng lực thực hành chuyên khoa:
* Ý thức, tổ chức kỷ luật trong thời gian thực hành:

 NGƯỜI HƯỚNG DẪN