



**PHỤ LỤC 4**

**MẪU XÁC NHẬN HOÀN THÀNH QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

(Ban hành kèm theo Bản công bố số 73 /BCB-TTYT, ngày 27 tháng 5 năm 2024  
Trung tâm Y tế huyện Kim Bôi)

**SỞ Y TẾ HÒA BÌNH  
TTYT HUYỆN KIM BÔI**

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

Số: ... /GXNTH

Kim Bôi, ngày ... tháng ... năm ...

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

**Trung tâm y tế huyện Kim Bôi xác nhận:**

Họ và tên: .....

Ngày, tháng, năm sinh: .....

Địa chỉ cư trú: .....

Giấy chứng minh nhân dân/Số căn cước công dân/Số căn cước/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu:.....

Ngày cấp ..... Nơi cấp: .....

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

Đã thực hành tại ..... do .....

hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành:.....
2. Năng lực chuyên môn:.....
3. Đạo đức nghề nghiệp: .....

**GIÁM ĐỐC**

(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)