

PHỤ LỤC 1²⁵

Mẫu đơn đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh
(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BYT
Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Mẫu 01

Áp dụng đối với người Việt Nam

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

.....¹....., ngày..... tháng năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:².....

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay: ³

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số: Ngày cấp:.....Nơi cấp:.....

Điện thoại: Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn: ⁴

Phạm vi hoạt động chuyên môn đề nghị cấp:

Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Bản sao có chứng thực văn bằng chuyên môn | <input type="checkbox"/> |
| 2. Văn bản xác nhận quá trình thực hành | <input type="checkbox"/> |
| 3. Phiếu lý lịch tư pháp | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sơ yếu lý lịch | <input type="checkbox"/> |
| 5 Giấy chứng nhận sức khỏe | <input type="checkbox"/> |
| 6. Hai ảnh màu 04cm x 06cm | <input type="checkbox"/> |

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi./.

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(ký và ghi rõ họ, tên)

²⁵ Phụ lục này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 18 Điều 2 của Thông tư số 41/2015/TT-BYT, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2016.

¹ Địa danh

² Tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề

³ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

⁴ Văn bằng chuyên môn ghi theo đối tượng quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh hoặc giấy chứng nhận trình độ chuyên môn đối với lương y hoặc giấy chứng nhận bài thuốc gia truyền hoặc phương pháp chữa bệnh gia truyền do Bộ Y tế cấp hoặc Sở Y tế cấp phù hợp để đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề

Mẫu 02

Áp dụng đối với người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹....., ngày tháng năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:².....

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay: ³

Hộ chiếu số:..... Ngày cấp:..... Ngày hết hạn:..... Nơi cấp:

Điện thoại: Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn: ⁴

Phạm vi hoạt động chuyên môn đề nghị cấp:

Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

1. Bản sao có chứng thực văn bằng chuyên môn
2. Văn bản xác nhận quá trình thực hành
Bản sao giấy chứng nhận biết tiếng Việt thành thạo hoặc giấy chứng nhận sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc giấy chứng nhận đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh
3. Bản sao có chứng thực giấy phép lao động
- 5 Giấy chứng nhận sức khỏe**
6. Hai ảnh **màu** 04cm x 06cm

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi./.

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh

² Tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề

³ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

⁴ Văn bằng chuyên môn ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh hoặc các văn bằng chuyên môn khác

Mẫu 03

**Áp dụng đối với người Việt Nam, người nước ngoài,
người Việt Nam định cư ở nước ngoài**

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

.....¹....., ngày tháng năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

**Cấp bổ sung (hoặc thay đổi) phạm vi hoạt động chuyên môn
trong chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi:².....

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay: ³

Hộ chiếu số:..... Ngày cấp:..... Ngày hết hạn:..... Nơi cấp:

Điện thoại: Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn: ⁴

Phạm vi hoạt động chuyên môn đã được cấp:

Phạm vi hoạt động chuyên môn đề nghị bổ sung/thay đổi:

Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

1. Bản sao có chứng thực văn bằng chuyên môn
2. Giấy xác nhận quá trình thực hành
3. Bản sao có chứng thực chứng chỉ hành nghề đã được cấp

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp bổ sung/ thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn trong chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi./.

NGƯỜI LÀM ĐƠN
(ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh

² Tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề

³ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

⁴ Văn bằng chuyên môn ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh hoặc các văn bằng chuyên môn khác

Mẫu 04
Mẫu Sơ yếu lý lịch

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

Ảnh màu
4x6cm
(có đóng dấu
giáp lai của
cơ quan
xác nhận lý
lịch)

SƠ YẾU LÝ LỊCH
TỰ THUẬT

Họ và tên:..... Nam, nữ:

Sinh ngày.....tháng.....năm

Nơi ở đăng ký hộ khẩu thường trú hiện nay:

.....

Chứng minh thư nhân dân số:..... Nơi cấp:

Ngày.....tháng.....năm

Số Điện thoại liên hệ: Nhà riêng; Di động.....

Khi cần báo tin cho ai? ở đâu?:

.....

.....

.....

.....

Số hiệu:.....

Ký hiệu:.....

Họ và tên: Bí danh:

Tên thường gọi:

Sinh ngày.....tháng.....năm.....Tại:

Nguyên quán:

Nơi đăng ký thường trú hiện nay:

Dân tộc:..... Tôn giáo:

Thành phần gia đình sau cải cách ruộng đất (hoặc cải tạo công thương nghiệp)

Thành phần bản thân hiện nay:

Trình độ văn hoá:.....Ngoại ngữ:

Trình độ chuyên môn: Loại hình đào tạo.....

Chuyên ngành đào tạo:

Kết nạp Đảng cộng sản Việt Nam ngày thángnăm

Nơi kết nạp:

Ngày vào Đoàn TNCSHCM ngày tháng năm:

Nơi kết nạp:

Tình hình sức khoẻ:.....Cao 1m.....Cân nặng:.....kg

Nghề nghiệp hoặc trình độ chuyên môn:

Cấp bậc:.....Lương chính hiện nay:

Ngày nhập ngũ:.....Ngày xuất ngũ:

Lý do:

HOÀN CẢNH GIA ĐÌNH

Họ và tên bố: TuổiNghề nghiệp

Trước cách mạng Tháng 8 làm gì? Ở đâu?

Trong kháng chiến chống thực dân Pháp làm gì? Ở đâu?

Từ năm 1955 đến nay làm gì? Ở đâu? (Ghi rõ tên cơ quan, xí nghiệp hiện nay đang làm)

Họ và tên mẹ:..... Tuổi:..... Nghề nghiệp

Trước cách mạng Tháng 8 làm gì? Ở đâu?

Trong kháng chiến chống thực dân Pháp làm gì? Ở đâu?

Từ năm 1955 đến nay làm gì? Ở đâu? (Ghi rõ tên cơ quan, xí nghiệp hiện nay đang làm)

HỌ VÀ TÊN ANH CHỊ EM RUỘT

(Ghi rõ tên, tuổi, chỗ ở, nghề nghiệp và trình độ chính trị của từng người)

Họ và tên vợ hoặc chồng:..... Tuổi:

Nghề nghiệp:

Nơi làm việc:

Chỗ ở hiện nay:

Họ và tên các con:

1) Tuổi: Nghề nghiệp:

2) Tuổi: Nghề nghiệp:

3) Tuổi: Nghề nghiệp:

4) Tuổi: Nghề nghiệp:

5) Tuổi: Nghề nghiệp:

QUÁ TRÌNH HOẠT ĐỘNG CỦA BẢN THÂN

Từ tháng năm đến tháng năm	Làm công tác gì?	Ở đâu?	Giữ chức vụ gì?

KHEN THƯỞNG VÀ KỶ LUẬT

Khen thưởng:

Kỷ luật:

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thực và chịu trách nhiệm về những lời khai đó. Nếu sau này cơ quan có thẩm quyền phát hiện vấn đề gì không đúng. Tôi xin chấp hành biện pháp xử lý theo quy định./.

....., ngày..... tháng..... năm.....

**Xác nhận của Thủ trưởng Cơ quan/
Xí nghiệp/ Chủ tịch UBND Xã, Phường**

Người khai ký tên

PHỤ LỤC 2

Mẫu đơn đề nghị cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT)

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Mẫu 01

Áp dụng đối với trường hợp người hành nghề bị mất hoặc bị hư hỏng hoặc bị thu hồi theo quy định định tại Điểm a và Điểm b Khoản 1 Điều 29 Luật khám bệnh, chữa bệnh

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹....., ngày tháng năm 20....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:².....

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay: ³

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số:..... Ngày cấp:..... Nơi cấp:.....

Điện thoại: Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn: ⁴

Số chứng chỉ hành nghề cũ:..... Ngày cấp: Nơi cấp:.....

Lý do xin cấp lại:

1. Do bị mất
2. Do bị hư hỏng
3. Do bị thu hồi

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi.

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh

² Tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề

³ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

⁴ Văn bằng chuyên môn ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh hoặc các văn bằng chuyên môn khác

Mẫu 02

Áp dụng đối với trường hợp người hành nghề là người Việt Nam bị thu hồi theo quy định tại Điểm c, d, đ, e và g Khoản 1 Điều 29 Luật khám bệnh, chữa bệnh

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹, ngày tháng năm 20....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:²

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay: ³

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số:..... Ngày cấp: Nơi cấp:.....

Điện thoại: Email (nếu có):.....

Văn bằng chuyên môn: ⁴

Lý do bị thu hồi chứng chỉ hành nghề:

Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

1. Bản sao có chứng thực văn bằng chuyên môn
2. Văn bản xác nhận quá trình thực hành
3. Phiếu lý lịch tư pháp (được thực hiện khi Bộ trưởng Bộ Tư pháp hướng dẫn triển khai thực hiện Luật lý lịch tư pháp)
4. Sơ yếu lý lịch
5. Giấy chứng nhận đã cập nhật kiến thức y khoa liên tục
6. Hai ảnh 04cm x 06cm

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi.

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh

² Tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề

³ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

⁴ Văn bằng chuyên môn ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa hoặc giấy chứng nhận trình độ chuyên môn đối với lương y hoặc giấy chứng nhận bài thuốc gia truyền hoặc phương pháp chữa bệnh gia truyền do Bộ Y tế cấp hoặc Sở Y tế cấp phù hợp để đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề

Mẫu 03

**Áp dụng đối với trường hợp người hành nghề là người nước ngoài,
người Việt Nam định cư ở nước ngoài bị thu hồi theo quy định tại Điểm c, d, đ, e và g
Khoản 1 Điều 29 Luật khám bệnh, chữa bệnh**

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

.....¹....., ngày tháng năm 20....

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ
Cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi:².....

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay: ³

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số:..... Ngày cấp: Nơi cấp:.....

Điện thoại: Email (nếu có):.....

Văn bằng chuyên môn: ⁴

Lý do thu hồi chứng chỉ hành nghề:

Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

1. Bản sao có chứng thực văn bằng chuyên môn
2. Văn bản xác nhận quá trình thực hành
Bản sao giấy chứng nhận biết tiếng Việt thành thạo hoặc giấy chứng
nhận sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc giấy chứng nhận đủ trình
độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh
3. Giấy chứng nhận đã cập nhật kiến thức y khoa liên tục
5. Bản sao có chứng thực giấy phép lao động
6. Hai ảnh 04cm x 06cm

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh cho tôi.

NGƯỜI LÀM ĐƠN
(ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh

² Tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề

³ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

⁴ Văn bằng chuyên môn ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa hoặc các văn bằng chuyên môn khác

PHỤ LỤC 3²⁶

**Mẫu phiếu tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại
chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**
(Ban hành kèm theo Thông tư số 41 /2015/TT - BHYT
Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

.....¹.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /PTN-.....².....

.....³....., ngày tháng năm 20....

PHIẾU TIẾP NHẬN

Hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Họ và tên:

Chỗ ở hiện nay: ⁴

Điện thoại:

Hình thức cấp chứng chỉ hành nghề: Cấp mới Cấp lại

Đã nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh bao gồm:

1. Đơn đề nghị cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh
2. Bản sao có chứng thực văn bằng chuyên môn
3. Văn bản xác nhận quá trình thực hành
4. Phiếu lý lịch tư pháp
5. Sơ yếu lý lịch
6. **Giấy chứng nhận sức khỏe**
7. Bản sao giấy chứng nhận biết tiếng Việt thành thạo hoặc giấy chứng nhận sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc giấy chứng nhận đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh (đối với người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài)
8. Bản sao có chứng thực giấy phép lao động (đối với người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài)
9. Bản sao có chứng thực giấy chứng nhận cập nhật kiến thức y khoa liên tục
10. Hai ảnh **màu** 04cm x 06cm

Ngày hẹn cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề:

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

²⁶ Phụ lục này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 18 Điều 2 của Thông tư số 41/2015/TT-BYT, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2016.

¹ Tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề

² Chữ viết tắt tên cơ quan cấp chứng chỉ hành nghề

³ Địa danh

⁴ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

PHỤ LỤC 4

Mẫu chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh
(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BYT
Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /BYT - CCHN

Ảnh

CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

- Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;
- Căn cứ Nghị định số 87/2011/NĐ - CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;
- Căn cứ Thông tư số 41/2015/TT - BYT Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

CẤP CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Họ và tên: ¹

Ngày, tháng, năm sinh:

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số:.....Ngày cấp:..... Nơi cấp:

Chỗ ở hiện nay: ²

Văn bằng chuyên môn: ³

Phạm vi hoạt động chuyên môn: ⁴

Thời gian hành nghề liên tục đến thời điểm cấp CCHN:.....

Hà Nội, ngày tháng năm 20....

BỘ TRƯỞNG ⁵...

(Ký tên, đóng dấu)

¹ Ghi rõ tên của người được cấp chứng chỉ hành nghề bằng chữ in hoa đậm; trường hợp là người nước ngoài phải ghi đúng theo tên trong hộ chiếu của người đó.

² Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

³ Ghi theo quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh. (Không ghi các chức danh học hàm, học vị, chức danh được phong tặng, như giáo sư, tiến sĩ, thầy thuốc ưu tú...).

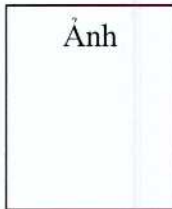
⁴ Ghi theo chuyên khoa hoặc đa khoa.

⁵ Không có chữ ký tắt của đại diện đơn vị trình.

UBND TỈNH ...¹...
SỞ Y TẾ

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

Số: /...².. - CCHN



CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ

- Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;
- Căn cứ Nghị định số 87/2011/NĐ - CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;
- Căn cứ Thông tư số 41/2011/TT-BYT ngày 14 tháng 11 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- Xét đề nghị của³.....,

CẤP CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Họ và tên: ⁴.....
Ngày, tháng, năm sinh:
Giấy chứng minh nhân dân số:.....Ngày cấp:.....Nơi cấp:.....
Chỗ ở hiện nay: ⁵.....
Văn bằng chuyên môn: ⁶.....
Phạm vi hoạt động chuyên môn: ⁷.....
Thời gian hành nghề liên tục đến thời điểm cấp CCHN:.....

.....⁸...ngày tháng năm 20.....

GIÁM ĐỐC⁹

(Ký tên, đóng dấu)

¹ Tên tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

² Mã ký hiệu phân loại theo quy định tại Phụ lục 05 ban hành kèm theo Thông tư này.

³ Tên phòng được giao chức năng quản lý việc cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề

⁴ Ghi rõ tên của người được cấp chứng chỉ hành nghề bằng chữ in hoa đậm; trường hợp là người nước ngoài phải ghi đúng theo tên trong hộ chiếu của người đó.

⁵ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

⁶ Ghi theo quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh. (Không ghi các chức danh học hàm, học vị, chức danh được phong tặng, như giáo sư, tiến sĩ, thầy thuốc ưu tú...).

⁷ Ghi theo chuyên khoa hoặc đa khoa

⁸ Địa danh.

⁹ Không có chữ ký tắt của đại diện đơn vị trình.

PHỤ LỤC 4a²⁷

**Mẫu Quyết định bổ sung hoặc thay đổi
phạm vi hoạt động chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh**
(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT
Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

UBND¹.....

SỞ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:...../QĐ -².....

.....³....., ngày tháng năm 20...

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc điều chỉnh phạm vi hoạt động chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh
đối với người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**

GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 87/2011/NĐ - CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số/2015/TT-BYT ngày tháng năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Xét đề nghị của⁴.....,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Điều chỉnh phạm vi hoạt động chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh cho ông/ bà
Họ và tên: ⁵.....
Ngày, tháng, năm sinh
Giấy chứng minh nhân dân số:.....Ngày cấp:.....Nơi cấp:.....
Chỗ ở hiện nay: ⁶.....
Văn bằng chuyên môn: ⁷.....
Số chứng chỉ hành nghề KBCB đã cấp:..... Ngày cấp:...../...../20... Nơi cấp:.....
Phạm vi hoạt động chuyên môn được điều chỉnh: ⁸.....

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 3. Ông/bà có tên tại Điều 1 và chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

GIÁM ĐỐC

(ký và ghi rõ họ tên)

²⁷ Phụ lục này được bổ sung theo quy định tại khoản 18 Điều 2 của Thông tư số 41/2015/TT-BYT, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2016.

¹ Tên tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

² Chữ viết tắt tên của đơn vị trình

³ Địa danh.

⁴ Tên của người phụ trách việc cấp CCHN (Trưởng phòng quản lý hành nghề hoặc Phòng nghiệp vụ y)

⁵ Ghi rõ tên của người được bổ sung phạm vi hoạt động chuyên môn bằng chữ in hoa đậm; trường hợp là người nước ngoài phải ghi đúng theo tên trong hộ chiếu của người đó.

⁶ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

⁷ Ghi theo quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh. (Không ghi các chức danh học hàm, học vị, chức danh được phong tặng, như giáo sư, tiến sĩ, thầy thuốc ưu tú...).

⁸ Ghi cụ thể chuyên khoa bổ sung hoặc thay đổi trong phạm vi hoạt động chuyên môn

PHỤ LỤC 4b²⁸

**Phạm vi hoạt động chuyên môn
ghi trên chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**
(Ban hành kèm theo Thông tư số 41 /2015/TT - BHYT
Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Bác sỹ chuyên khoa nội tổng hợp, bác sỹ gia đình: Khám bệnh, chữa bệnh nội khoa, không làm thủ thuật chuyên khoa.
2. Bác sỹ chuyên khoa thuộc hệ nội: Khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa nội tim mạch, nội hô hấp, hồi sức cấp cứu ...
3. Bác sỹ chuyên khoa xét nghiệm, kỹ thuật viên xét nghiệm (tốt nghiệp đại học): Chuyên khoa xét nghiệm.
4. Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc X quang hoặc siêu âm: Chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc X quang hoặc siêu âm.
5. Bác sỹ chuyên khoa ngoại, chuyên khoa thuộc hệ ngoại: Khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa ngoại hoặc khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa ngoại tiêu hóa, thần kinh, tiêu hóa, hô hấp...
6. Bác sỹ chuyên khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ: Khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật thẩm mỹ.
7. Bác sỹ y học dự phòng: phát hiện và xử trí các bệnh thông thường; xử trí ban đầu một số trường hợp cấp cứu tại cộng đồng;
8. Bác sỹ y học cổ truyền, y sỹ y học cổ truyền, lương y: Khám bệnh, chữa bệnh bằng y học cổ truyền.
9. Người hành nghề bằng bài thuốc gia truyền: Thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bằng bài thuốc gia truyền.
10. Y sỹ: tham gia sơ cứu ban đầu, khám bệnh, chữa bệnh thông thường theo quy định tại Thông tư liên tịch số 10/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 27/5/2015 của Bộ Y tế, Bộ Nội vụ Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp bác sỹ, bác sỹ y học dự phòng, y sỹ.
11. Điều dưỡng:
 - a. Điều dưỡng: thực hiện phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định tại Thông tư số 26/2015/TTLTBYT-BNV ngày 07 tháng 10 năm 2015 quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y
 - b. Người có bằng y sỹ đa khoa, y sỹ sản nhi, y sỹ y học cổ truyền và các đối tượng khác có bằng trung cấp y trở lên đã có thời gian hành nghề điều dưỡng ít nhất là 12 tháng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01/01/2012 thì thực hiện phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định tại Thông tư số 26/2015/TTLTBYT-BNV ngày 07 tháng 10 năm 2015 quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y.

²⁸ Phụ lục này được bổ sung theo quy định tại khoản 18 Điều 2 của Thông tư số 41/2015/TT-BYT, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2016.

12. Hộ sinh: thực hiện phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định tại Thông tư số 26/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 07 tháng 10 năm 2015 quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y.
13. Kỹ thuật viên: Kỹ thuật viên gây mê hồi sức; kỹ thuật viên vật lý trị liệu - phục hồi chức năng hoặc kỹ thuật viên xét nghiệm hoặc kỹ thuật viên chuyên khoa khác.
14. Người hành nghề bằng phương pháp chữa bệnh gia truyền: Thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bằng phương pháp chữa bệnh gia truyền.
15. Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh bằng dinh dưỡng, tiết chế: Khám bệnh, chữa bệnh bằng dinh dưỡng, tiết chế.
16. Người làm việc tại khoa hoặc đơn vị kiểm soát nhiễm khuẩn đồng thời trực tiếp khám bệnh, chữa bệnh thì phạm vi hoạt động chuyên môn trong chứng chỉ hành nghề ghi khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa đó (VD: nếu trực tiếp khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa nội thì ghi khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa nội).
17. Đối với bác sĩ tại tuyến huyện và tuyến xã nếu tốt nghiệp bác sĩ đa khoa sẽ ghi là: “khám bệnh, chữa bệnh đa khoa”. Nếu những đối tượng này có thêm bằng chuyên khoa sẽ bổ sung thêm vào phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trong chứng chỉ hành nghề.

PHỤ LỤC 5**Mã ký hiệu phôi chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh***(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT**Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

STT	Tỉnh/Tp thuộc TW	Ký hiệu số phôi	STT	Tỉnh/Tp thuộc TW	Ký hiệu số phôi
1	Bộ Y tế	BYT	33	Khánh Hòa	KH
2	Hà Nội	HNO	34	Kiên Giang	KG
3	Hải Phòng	HP	35	Kon Tum	KT
4	Đà Nẵng	ĐNA	36	Lai Châu	LCH
5	TP. Hồ Chí Minh	HCM	37	Lâm Đồng	LĐ
6	An Giang	AG	38	Lạng Sơn	LS
7	Bà Rịa Vũng Tàu	BRVT	39	Lào Cai	LCA
8	Bắc Giang	BG	40	Long An	LA
9	Bắc Kạn	BK	41	Nam Định	NĐ
10	Bạc Liêu	BL	42	Nghệ An	NA
11	Bắc Ninh	BN	43	Ninh Bình	NB
12	Bến Tre	BTR	44	Ninh Thuận	NT
13	Bình Định	BĐ	45	Phú Thọ	PT
14	Bình Dương	BD	46	Phú Yên	PY
15	Bình Phước	BP	47	Quảng Bình	QB
16	Bình Thuận	BTH	48	Quảng Nam	QNA
17	Cà Mau	CM	49	Quảng Ngãi	QNG
18	Cần Thơ	CT	50	Quảng Ninh	QNI
19	Cao Bằng	CB	51	Quảng Trị	QT
20	Đắc Lắc	ĐL	52	Sóc Trăng	ST
21	Đắc Nông	ĐNO	53	Son La	SL
22	Điện Biên	ĐB	54	Tây Ninh	TNI
23	Đồng Nai	ĐNAI	55	Thái Bình	TB
24	Đồng Tháp	ĐT	56	Thái Nguyên	TNG
25	Gia Lai	GL	57	Thanh Hóa	TH
26	Hà Giang	HAG	58	Thừa Thiên Huế	TTH
27	Hà Nam	HNA	59	Tiền Giang	TG
28	Hà Tĩnh	HT	60	Trà Vinh	TV
29	Hải Dương	HD	61	Tuyên Quang	TQ
30	Hậu Giang	HAUG	62	Vĩnh Long	VL
31	Hòa Bình	HB	63	Vĩnh Phúc	VP
32	Hưng Yên	HY	64	Yên Bái	YB

PHỤ LỤC 6

Mẫu danh sách đăng ký hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT)

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

DANH SÁCH ĐĂNG KÝ HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:
2. Địa chỉ:
3. Thời gian hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ¹

STT	Họ và tên người hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp	Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	Vị trí chuyên môn
1					
2					
...					

.....² ..., ngày..... tháng năm.....

Người đứng đầu
cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
(ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần.

² Địa danh

PHỤ LỤC 7

Mẫu đơn đề nghị thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹....., ngày tháng năm 20....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:².....

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số: Ngày cấp: Nơi cấp:

Chỗ ở hiện nay: ³

Điện thoại: Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn: ⁴

Khoa/bộ phận chuyên môn đăng ký thực hành: ⁵

Thời gian đăng ký thực hành:

Để có đủ điều kiện được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị Giám đốc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại đơn vị.

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

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh.

² Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đề nghị đăng ký thực hành.

³ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

⁴ Ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh.

⁵ Người thực hành đăng ký phù hợp văn bằng chuyên môn được đào tạo.

PHỤ LỤC 8

**Mẫu Quyết định tiếp nhận và phân công người hướng dẫn thực hành
tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT
Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

.....¹.....
.....².....

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

.....⁴....., ngày tháng năm 20...

Số /QĐ -³.....

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc tiếp nhận và phân công người hướng dẫn thực hành
tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Căn cứ Điều 24 Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 87/2011/NĐ - CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 41/2011/TT-BYT Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Xét đơn đề nghị của⁵.....,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Đồng ý cho ông/bà....., sinh ngày...tháng...năm, có văn bằng chuyên môn được thực hành tại khoa/bộ phận chuyên môn..... của cơ sở..... trong thời gian từ ngày....tháng... năm..... đến.....

Điều 2. Phân công ông/bà.....⁶..... chịu trách nhiệm hướng dẫn thực hành cho ông/bà..... 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.

Điều 4. Ông/bà có tên tại Điều 1 và Điều 2 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 Tên của người đăng ký thực hành.

⁶ Ghi rõ họ, tên và trình độ chuyên môn theo văn bằng của người được giao nhiệm vụ hướng dẫn thực hành.

PHỤ LỤC 9

Mẫu hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh
(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT
Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

.....¹.....
.....².....

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

...⁴...., ngày tháng năm 20...

Số /HĐTH -.....³.....

HỢP ĐỒNG
THỰC HÀNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày 14 tháng 6 năm 2005;

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 87/2011/NĐ - CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 41/2015/TT - BHYT Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Hôm nay, ngày.....tháng.....năm..... tại.....⁵....., chúng tôi gồm:

BÊN A: ⁶

Đại diện là Ông/Bà: ⁷

Chức vụ:

Địa chỉ: Điện thoại:

BÊN B: ⁸

Ông/Bà:

Sinh ngày tháng năm tại

Văn bằng chuyên môn: ⁹

Chỗ ở hiện nay: ¹⁰

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số:..... Ngày cấp: Nơi cấp:.....

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

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 Địa điểm ký kết hợp đồng.

⁶ Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

⁷ Ghi rõ họ, tên của người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁸ Họ và tên người đăng ký thực hành.

⁹ Ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh

¹⁰ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú

Điều 1. Thời hạn và nhiệm vụ hợp đồng

- Ông/bà..... có văn bằng chuyên môn..... được thực hành từ ngày..... tháng năm đến ngày tháng năm

- Địa điểm thực hành: ¹

- Nhiệm vụ: ²

Điều 2. Chế độ làm việc

- Thời giờ làm việc : ³

- Được trang bị những phương tiện làm việc gồm:

Điều 3. Nghĩa vụ và quyền lợi của Bên B

1. Nghĩa vụ:

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

- Chấp hành nội quy, quy chế của đơn vị, kỷ luật làm việc và các quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Chấp hành việc xử lý kỷ luật và bồi thường thiệt hại theo quy định của pháp luật.

- Trả phí thực hành theo thỏa thuận: ⁴

2. Quyền lợi:

- Được khám bệnh, chữa bệnh, chăm sóc người bệnh dưới sự giám sát của người hướng dẫn thực hành.

- Được cung cấp phương tiện, trang bị bảo hộ làm việc gồm:

- Được hưởng các chế độ trực, độc hại (nếu có):

- Được cấp giấy xác nhận thời gian thực hành.

- Có quyền đề xuất, khiếu nại, thay đổi, đề nghị chấm dứt hợp đồng theo quy định của pháp luật.

- Những thỏa thuận khác:

Điều 4. Nghĩa vụ và quyền lợi của Bên A

1. Nghĩa vụ:

- Xác nhận quá trình thực hành theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009; Nghị định số 87/2011/NĐ - CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh và Thông tư số 41/2011/TT-BYT Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Bàn đảm việc làm và thực hiện đầy đủ những điều đã cam kết trong hợp đồng làm việc.

- Thanh toán đầy đủ, đúng thời hạn các chế độ và quyền lợi của người tham gia thực hành đã cam kết trong hợp đồng làm việc.

¹ Ghi rõ tên khoa/bộ phận chuyên môn nơi thực hành.

² Ghi cụ thể nhiệm vụ chuyên môn của người đề nghị thực hành.

³ Ghi rõ số giờ làm việc trong ngày hoặc trong tuần hoặc làm việc trong giờ hành chính

⁴ Ghi rõ mức phí, hình thức và thời hạn thanh toán

2. Quyền hạn:

- Điều hành người tham gia thực hành hoàn thành công việc theo hợp đồng (Bố trí, điều động, tạm đình chỉ công việc ...)

- Chấm dứt Hợp đồng làm việc, kỷ luật người tham gia thực hành theo quy định của Pháp luật.

Điều 5. Điều khoản thi hành

- Hai bên cam kết thực hiện đúng những điều khoản trong hợp đồng, những vấn đề phát sinh khác ngoài hợp đồng, kể cả việc kéo dài hoặc chấm dứt hợp đồng trước thời hạn sẽ được hai bên cùng thảo luận giải quyết (thể hiện bằng các phụ lục kèm theo hợp đồng).

- Hợp đồng này làm thành hai bản có giá trị ngang nhau, mỗi bên giữ một bản và có hiệu lực từ ngày tháng năm đến ngày tháng năm

Hợp đồng này làm tại, ngày tháng năm

Người đề nghị thực hành

(Ký ghi rõ họ và tên)

Người đứng đầu

cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

(Ký ghi rõ họ và tên, đóng dấu)

PHỤ LỤC 10

Mẫu giấy xác nhận thời gian thực hành

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT)

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

.....¹.....

.....².....

Số: /GXNTH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

...³..., ngày tháng năm 20....

GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH

.....⁴..... xác nhận:

Ông/bà:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay: ⁵

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số: Ngày cấp: Nơi cấp:

Văn bằng chuyên môn: ⁶ Năm tốt nghiệp:

đã thực hành tại.....⁷..... và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành: ⁸

2. Năng lực chuyên môn: ⁹

3. Đạo đức nghề nghiệp: ¹⁰

GIÁM ĐỐC

(ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

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

² Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

³ Địa danh

⁴ Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁵ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú

⁶ Ghi theo đơn của người đăng ký thực hành.

⁷ Giống như mục 2

⁸ Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày tháng ...năm.... đến ngày.... thángnăm...

⁹ Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo chuyên khoa đăng ký thực hành

¹⁰ Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người đăng ký thực hành đối với đồng nghiệp và người bệnh.

PHỤ LỤC 11

Mẫu đơn đề nghị kiểm tra hoặc công nhận biết tiếng Việt thành thạo hoặc sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹....., ngày.....tháng.... năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

**Kiểm tra hoặc công nhận biết tiếng Việt thành thạo
hoặc sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc đủ trình độ phiên dịch
trong khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: Ban Giám hiệu Trường².....

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay: ³

Điện thoại: Email (nếu có):

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số: Ngày cấp: Nơi cấp:

Kính đề nghị Ban Giám hiệu Trường ⁴ cho tôi được:

- | | |
|--|--------------------------|
| Kiểm tra để công nhận biết tiếng Việt thành thạo | <input type="checkbox"/> |
| Kiểm tra để công nhận sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác | <input type="checkbox"/> |
| Kiểm tra để công nhận đủ trình độ phiên dịch | <input type="checkbox"/> |
| Công nhận biết tiếng Việt thành thạo | <input type="checkbox"/> |
| Công nhận sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác | <input type="checkbox"/> |
| Công nhận đủ trình độ phiên dịch | <input type="checkbox"/> |

Ngôn ngữ đăng ký kiểm tra hoặc công nhận: ⁵

Giấy tờ kèm theo: ⁶

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh

² Tên trường kiểm tra hoặc công nhận biết tiếng Việt thành thạo hoặc sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh.

³ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú.

⁴ Giống như mục 2.

⁵ Ngôn ngữ tiếng Việt hoặc tiếng nước ngoài đăng ký kiểm tra hoặc công nhận. Trường hợp đăng ký nhiều ngôn ngữ thì cần ghi rõ ngôn ngữ nào đăng ký kiểm tra, ngôn ngữ nào đăng ký công nhận không phải kiểm tra

⁶ Liệt kê các giấy tờ gửi theo đơn đối với từng trường hợp theo quy định tại Khoản 1, Khoản 2 Điều 22 Thông tư này.

PHỤ LỤC 12

**Mẫu giấy chứng nhận biết tiếng Việt thành thạo hoặc
giấy chứng nhận sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc
giấy chứng nhận đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh**
(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT
Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

.....¹

.....²

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /GCN-....³ ..

.....⁴, ngày..... tháng.....năm 20.....

Ảnh
03 x 04 cm

GIẤY CHỨNG NHẬN

Cơ sở⁵

Công nhận ông/bà:.....

Ngày, tháng, năm sinh:.....

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số:.....

Ngày cấp:..... Nơi cấp:

Đủ trình độ.....⁶ để
khám bệnh, chữa bệnh.

HIỆU TRƯỞNG

(ký tên và đóng dấu)

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở thực hiện việc công nhận.

² Tên cơ sở thực hiện việc công nhận.

³ Chữ viết tắt tên của cơ sở thực hiện việc công nhận.

⁴ Địa danh

⁵ Giống như mục 2

⁶ Ghi rõ biết tiếng Việt thành thạo hoặc sử dụng thành thạo ngôn ngữ khác hoặc đủ trình độ phiên dịch từ tiếng nước ngoài sang tiếng Việt (Ví dụ: đủ trình độ phiên dịch từ tiếng Hàn Quốc sang tiếng Việt hoặc đủ trình độ phiên dịch từ tiếng Hàn Quốc, tiếng Anh sang tiếng Việt).

PHỤ LỤC 13²⁹

Mẫu đơn đề nghị cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41 /2015/TT - BHYT

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹....., ngày tháng năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:².....

.....³.....

Địa điểm: ⁴

Điện thoại: Số Fax : Email (nếu có):

Thời gian làm việc hằng ngày:

(Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc công ty) xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

1. Bản sao có chứng thực quyết định thành lập đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước
2. Bản sao có chứng thực giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân
3. Bản sao có chứng thực giấy chứng nhận đầu tư đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài
4. Bản sao có chứng thực chứng chỉ hành nghề của người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật, người phụ trách bộ phận chuyên môn
5. Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, bản mô tả mô hình tổ chức
6. Hồ sơ của từng cá nhân làm việc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (đối với những cá nhân không thuộc diện cấp chứng chỉ hành nghề)
7. Tài liệu chứng minh cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng điều kiện về cơ sở vật chất và điều kiện vệ sinh môi trường phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn quy định tại một trong các Điều 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 của Thông tư này.
8. Đối với bệnh viện tư nhân phải có hợp đồng hỗ trợ chuyên môn với bệnh viện khác
9. Đối với cơ sở dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người bệnh trong nước và ra nước ngoài phải có hợp đồng hỗ trợ chuyên môn với bệnh viện, công ty dịch vụ hàng

²⁹ Phụ lục này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 18 Điều 2 của Thông tư số 41/2015/TT-BYT, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2016.

¹ Địa danh

² Tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động

³ Tên cơ sở đề nghị cấp giấy phép hoạt động

⁴ Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

không để vận chuyển người bệnh ra nước ngoài

11 Danh mục chuyên môn kỹ thuật và phân tuyến kỹ thuật dự kiến

12 Điều lệ tổ chức và hoạt động đối với bệnh viện

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp giấy phép hoạt động đối với¹.....

GIÁM ĐỐC

(ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

¹ Giống như mục 3

PHỤ LỤC 14³⁰

Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41 /2015/TT - BHYT)

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. THÔNG TIN CHUNG:

1. Tên Bệnh viện:

2. Địa chỉ:

Điện thoại: Số Fax:Email:.....

3. Quy mô: giường bệnh

4. Số lượng khoa phòng (.....khoa lâm sàng;.....khoa cận lâm sàng;.....phòng)

II. NHÂN SỰ CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

STT	Họ và tên người hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp	Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Vị trí chuyên môn
1					
2					
...					

III. THIẾT BỊ Y TẾ CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

STT	Tên thiết bị	Ký hiệu thiết bị (MODEL)	Công ty sản xuất	Nước sản xuất	Năm sản xuất	Số lượng	Tình trạng sử dụng	Giá thành	Ghi chú
1									
2									
3									

IV. CƠ SỞ VẬT CHẤT CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Diện tích mặt bằng;

2. Kết cấu xây dựng nhà;

2. Diện tích xây dựng sử dụng; diện tích trung bình cho 01 giường bệnh đối với bệnh viện.

3. Diện tích các khoa, phòng, buồng kỹ thuật chuyên môn, xét nghiệm, buồng bệnh;

4. Bố trí các khoa/chuyên khoa, phòng;

³⁰ Phụ lục này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 18 Điều 2 của Thông tư số 41/2015/TT-BYT, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2016.

5. Các điều kiện vệ sinh môi trường:

a) Xử lý nước thải;

b) Xử lý rác y tế, rác sinh hoạt;

c) An toàn bức xạ;

5. Hệ thống phụ trợ:

a) Phòng cháy chữa cháy.

b) Khí y tế

c) Máy phát điện;

d) Thông tin liên lạc;

6. Cơ sở vật chất khác (nếu có);

GIÁM ĐỐC

(ký, ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 15

Mẫu điều lệ tổ chức và hoạt động của bệnh viện tư nhân

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT
ngày 14 tháng 11 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

.....¹.....
.....².....
.....³.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....³....., ngày..... tháng..... năm 20.....

ĐIỀU LỆ TỔ CHỨC VÀ HOẠT ĐỘNG CỦA BỆNH VIỆN TƯ NHÂN

Chương I NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Địa vị pháp lý

Điều 2. Tên giao dịch, địa điểm hành nghề

Điều 3. Nguyên tắc hoạt động chuyên môn

Điều 4. Các tổ chức chính trị, chính trị - xã hội của Bệnh viện

Chương II

MỤC TIÊU, CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ VÀ PHẠM VI HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN

Điều 5. Mục tiêu

Điều 6. Chức năng, nhiệm vụ

Điều 7. Phạm vi hoạt động chuyên môn

Chương III

QUI MÔ, TỔ CHỨC, NHÂN SỰ

Điều 8. Quy mô bệnh viện

Điều 9. Cơ cấu tổ chức

1. Hội đồng quản trị/Hội đồng thành viên đối với bệnh viện.

2. Giám đốc, các Phó Giám đốc bệnh viện.

3. Các Hội đồng trong bệnh viện.

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở thực hiện việc công nhận.

² Tên cơ sở thực hiện việc công nhận.

³ Địa danh

4. Các phòng chức năng.
5. Các khoa, bộ phận chuyên môn.

Điều 10. Nhân sự

Điều 11. Nhiệm vụ quyền hạn Giám đốc, các Phó Giám đốc bệnh viện

Điều 12. Nhiệm vụ quyền hạn của các trưởng khoa, phòng bệnh viện

Điều 13. Mối quan hệ giữa chủ tịch Hội đồng quản trị/chủ tịch Hội đồng thành viên của công ty với người phụ trách chuyên môn bệnh viện (Giám đốc bệnh viện)

Điều 14. Quyền lợi của người lao động

**Chương IV
TÀI CHÍNH CỦA BỆNH VIỆN**

Điều 15. Vốn đầu tư ban đầu

Điều 16. Chế độ tài chính của bệnh viện

Điều 17. Quản lý tài sản, thiết bị

**Chương V
MỐI QUAN HỆ CÔNG TÁC**

Điều 18. Chính quyền địa phương, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các cơ quan có liên quan khác

1. Mối quan hệ công tác với chính quyền địa phương
2. Mối quan hệ công tác với Bộ Y tế, Sở Y tế
3. Mối quan hệ công tác với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trên địa bàn.

GIÁM ĐỐC
(ký, ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 16

Mẫu đơn đề nghị cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi thay đổi địa điểm

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT)

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹....., ngày tháng năm 20....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi thay đổi địa điểm

Kính gửi:².....

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Địa điểm: ³

Điện thoại: Email (nếu có):

Đề nghị được cấp giấy phép hoạt động do thay đổi địa điểm hoạt động.

Hồ sơ bao gồm:

1. Bản gốc giấy phép hoạt động đã được cấp
2. Bản sao có chứng thực quyết định thành lập đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước.
3. Bản sao có chứng thực giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân.
4. Bản sao có chứng thực giấy chứng nhận đầu tư đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài.
5. Bản kê khai cơ sở vật chất và mô tả mô hình tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
6. Các tài liệu chứng minh cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện về cơ sở vật chất, bảo đảm về phòng cháy chữa cháy, an toàn bức xạ (nếu có), quản lý chất thải y tế.

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp lại giấy phép hoạt động.

GIÁM ĐỐC

(ký tên và đóng dấu)

¹ Địa danh

² Cơ quan cấp giấy phép hoạt động

³ Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

PHỤ LỤC 17

Mẫu đơn đề nghị cấp giấy phép hoạt động khi thay đổi tên đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BYT

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹....., ngày tháng năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp giấy phép hoạt động khi thay đổi tên đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:².....

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Địa điểm:.....³.....

Điện thoại: Email (nếu có):.....

Đề nghị được cấp giấy phép hoạt động do thay đổi tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Hồ sơ bao gồm:

1. Bản sao có chứng thực quyết định thành lập đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước.
2. Bản sao có chứng thực giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân.
3. Bản sao có chứng thực giấy chứng nhận đầu tư đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài.
4. Đổi tên trong điều lệ tổ chức và hoạt động đối với bệnh viện.
5. Bản sao có chứng thực hợp đồng với công ty dịch vụ hàng không để vận chuyển người bệnh đối với cơ sở dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người ra nước ngoài.
6. Bản sao có chứng thực hợp đồng vận chuyển người bệnh đối với bệnh viện không có phương tiện vận chuyển cấp cứu.
7. Hồ sơ pháp lý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được đổi theo tên mới.
Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp lại giấy phép hoạt động.

GIÁM ĐỐC

(ký tên và đóng dấu)

¹ Địa danh

² Cơ quan cấp giấy phép hoạt động

³ Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

PHỤ LỤC 18

Mẫu đơn đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động do bị mất hoặc hư hỏng hoặc bị thu hồi

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹....., ngày tháng năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp lại giấy phép hoạt động do bị mất hoặc hư hỏng hoặc bị thu hồi

Kính gửi:².....

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Địa điểm:.....³.....

Điện thoại: Email (nếu có):.....

Giấy phép hoạt động số: Ngày cấp: Nơi cấp.....

Đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động vì lý do:

- Bị mất
- Bị hư hỏng
- Bị thu hồi theo tại điểm a khoản 1 Điều 48 Luật khám bệnh, chữa bệnh

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp lại giấy phép hoạt động.

GIÁM ĐỐC

(ký tên và đóng dấu)

¹ Địa danh

² Cơ quan cấp giấy phép hoạt động

³ Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

PHỤ LỤC 19

Mẫu đơn đề nghị điều chỉnh nội dung giấy phép hoạt động do thay đổi quy mô, cơ cấu tổ chức hoặc phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹....., ngày tháng năm 20....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Điều chỉnh nội dung giấy phép hoạt động do thay đổi quy mô giường bệnh hoặc cơ cấu tổ chức hoặc phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:².....

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Địa điểm:.....³.....

Điện thoại: Email (nếu có):.....

Đề nghị điều chỉnh giấy phép hoạt động vì:

Thay đổi quy mô giường bệnh

Thay đổi cơ cấu tổ chức

Thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn.

Hồ sơ bao gồm:

1. Bản kê khai cơ sở vật chất bổ sung
2. Bản kê khai thiết bị y tế bổ sung kèm theo hợp đồng mua thiết bị y tế
3. Hồ sơ nhân sự bổ sung của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
4. Phạm vi hoạt động chuyên môn dự kiến

GIÁM ĐỐC

(ký tên và đóng dấu)

¹ Địa danh

² Cơ quan cấp giấy phép hoạt động

³ Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

PHỤ LỤC 20

Phiếu tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT)

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

.....¹.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /PTN-...²...

.....³....., ngày tháng năm 20....

PHIẾU TIẾP NHẬN

Hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Họ và tên:.....

Chức vụ:.....

Đơn vị công tác:.....

Đã tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp Giấy phép hoạt động của⁴..... bao gồm:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. ⁵ | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

Ngày hẹn cấp, cấp lại giấy phép hoạt động:

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 tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

² Chữ viết tắt tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

³ Địa danh

⁴ Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động

⁵ Liệt kê đầy đủ các giấy tờ có trong hồ sơ.

PHỤ LỤC 21

Giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BYT

Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Số ¹ /... ² - GPHĐ	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH		
..... ³		
<p>- Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009; - Căn cứ Nghị định số 87/2011/NĐ - CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh; - Căn cứ Thông tư số 41/2015/TT - BYT ngày 14 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; - Xét đề nghị của⁴.....,</p>		
CẤP PHÉP HOẠT ĐỘNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH		
Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ⁵		
Tên người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật: ⁶		
Số chứng chỉ hành nghề: Ngày cấp: Nơi cấp:..... ⁶		
Hình thức tổ chức: ⁷		
Địa điểm hành nghề: ⁸		
Phạm vi hoạt động chuyên môn: Thực hiện kỹ thuật chuyên môn được Bộ trưởng Bộ Y tế hoặc Giám đốc Sở Y tế phê duyệt ban hành kèm theo giấy phép hoạt động.		
Thời gian làm việc hằng ngày:..... ⁹		
..... ⁹, ngày tháng năm 20... CHỨC VỤ CỦA NGƯỜI KÝ (ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)		

¹ Tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động (Bộ Y tế/ Sở Y tế);

² Chữ viết tắt tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động;

³ Chức danh của người có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động;

⁴ Tên đơn vị tiếp nhận việc cấp, cấp lại giấy phép hoạt động;

⁵ Ghi bằng chữ in hoa, cỡ chữ 14;

⁶ Áp dụng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điều 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35;

⁷ Ghi theo đơn đề nghị cấp giấy phép hoạt động;

⁸ Địa chỉ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

⁹ Địa danh.

PHỤ LỤC 22
MẪU BIÊN BẢN THẨM ĐỊNH
(Ban hành kèm theo Thông tư số 41/2015/TT - BHYT
Ngày 16 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

.....¹.....

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

.....²....., ngày tháng năm 20....

BIÊN BẢN THẨM ĐỊNH
Cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

I. THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:.....
2. Địa chỉ:
3. Điện thoại:..... Email (nếu có):.....
4. Fax:

II. THÀNH PHẦN THAM GIA

1. Thành phần đoàn thẩm định:
2. Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thẩm định:

III. CĂN CỨ PHÁP LÝ

- Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;
- Căn cứ Nghị định số 87/2011/NĐ - CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;
- Căn cứ Thông tư số 41/2015/TT - BHYT ngày 14 tháng 11 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- Các văn bản khác có liên quan.....

IV. NỘI DUNG THẨM ĐỊNH

1. Hồ sơ pháp lý:
Liệt kê đầy đủ các giấy tờ có liên quan đến cơ sở vật chất, nhân sự, thiết bị y tế.
Nhận xét:
.....

2. Tổ chức bộ máy:
Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có quy mô... được tổ chức như sau:

¹ Tên cơ quan tiến hành thẩm định

² Địa danh

a) Bộ phận quản lý:

- Hội đồng quản trị/ Hội đồng thành viên (nếu có);
- Ban giám đốc (nếu có);
- Các phòng Kế hoạch tổng hợp, điều dưỡng, tài chính... (nếu có).

b) Bộ phận chuyên môn: Bao gồm các khoa/phòng chuyên khoa theo các hình thức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Nhận xét:

.....

3. Nhân sự :

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổng số nhân viên, trong đó nhân viên làm công việc chuyên môn

(Thạc sỹ; BSCKII; BS và BSCKI; dược sỹ đại học, dược sỹ trung học; điều dưỡng và KTV), nhân viên khác.

STT	Chức danh	Khoa khám bệnh	Khoa	Khoa cận lâm sàng	Khoa dược
1	Thạc sỹ				
2	BSCKII				
...				
	Tổng số				

STT	Chức danh	Hợp đồng làm việc thường xuyên (toàn thời gian)	Hợp đồng làm việc không thường xuyên (một phần thời gian)	Tổng số
1	Thạc sỹ			
...			
	Tổng số			

Nhận xét:

.....

5. Cơ sở vật chất:

5.1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gồm số lượng nhà, số tầng hoặc số phòng với tổng diện tích sử dụng là: ...m², bố trí như sau:

Nhà A (01):

Tầng 1: Diện tíchm², gồm:

Tầng 2: Diện tíchm², gồm:

.....

Nhà (...):

.....

a) Hệ thống điện:

b) Hệ thống cấp nước:

c) Hệ thống thông tin liên lạc:

d) Hệ thống phòng cháy chữa cháy:

5.2. Điều kiện vệ sinh môi trường:

a) Hệ thống xử lý nước thải:

b) Hệ thống thoát nước: .

c) Xử lý rác thải sinh hoạt và rác thải y tế:

Nhận xét:

.....

6. Thiết bị y tế:

Liệt kê các thiết bị y tế

Nhận xét:

.....

7. Phạm vi hoạt động chuyên môn và danh mục kỹ thuật chuyên môn:

8. Bảng giá dịch vụ y tế dự kiến.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. Kết luận.

2. Kiến nghị (nếu có).

3. Ý kiến không đồng ý với kết luận và kiến nghị của đoàn thẩm định (nếu có).

Chữ ký của các thành viên đoàn thẩm định và đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thẩm định.

Ghi chú: Căn cứ vào mẫu Biên bản thẩm định này và căn cứ vào quy mô, hình thức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Đoàn thẩm định của Bộ Y tế hoặc của Sở Y tế thiết kế Biên bản thẩm định cho phù hợp.