

Mẫu: Đơn đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề dược

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ **Cấp chứng chỉ hành nghề dược**

Kính gửi: Sở Y tế Thái Bình

Họ và tên(viết chữ in hoa):

Ngày, tháng, năm sinh:

Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú:.....

.....

Chỗ ở hiện nay:

.....

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

Nơi cấp:.....

Điện thoại: Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn:

Đã có thời gian thực hành tại cơ sở dược.....

Từ ngày.....tháng.....năm 20.....đến ngày.....tháng.....năm 20.....

Đơn vị công tác cuối cùng.....

Đề nghị cấp Chứng chỉ hành nghề dược đăng ký là người quản lý chuyên môn của các hình thức tổ chức kinh doanh sau ¹:

1	Doanh nghiệp sản xuất thuốc	
2	Doanh nghiệp sản xuất vắc xin, sinh phẩm	
3	Hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể sản xuất dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu	
4	Doanh nghiệp bán buôn thuốc	
5	Doanh nghiệp bán buôn vắc xin, sinh phẩm y tế	
6	Hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể buôn bán dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu	
7	Đại lý bán buôn vắc xin, sinh phẩm y tế	
8	Nhà thuốc	
9	Quầy thuốc	
10	Đại lý bán thuốc của doanh nghiệp	
11	Cơ sở bán lẻ thuốc chuyên bán thuốc đông y, thuốc từ dược liệu	
12	Tủ thuốc trạm y tế	
13	Doanh nghiệp xuất khẩu, nhập khẩu thuốc	

¹ Đánh dấu (X) vào hình thức tổ chức kinh doanh đề nghị cấp, có thể đánh dấu vào tất cả các mục đáp ứng quy định.

14	Doanh nghiệp làm dịch vụ kiểm nghiệm thuốc	
15	Doanh nghiệp làm dịch vụ bảo quản thuốc	
16	Doanh nghiệp làm dịch vụ bảo quản vắc xin, sinh phẩm y tế	
17	Doanh nghiệp làm dịch vụ kiểm nghiệm vắc xin, sinh phẩm y tế	
		

Sau khi nghiên cứu Luật Dược và các quy định khác về hành nghề dược, tôi xin cam đoan:

- Thực hiện nghiêm túc và đầy đủ các quy định hiện hành của Luật Dược và các văn bản quy phạm pháp luật về dược có liên quan;
- Thường xuyên quan tâm nghiên cứu và nắm vững các văn bản về hành nghề dược và thực hiện nghiêm chỉnh trong quá trình hành nghề;
- Chỉ đăng ký là người quản lý chuyên môn hoặc chủ cơ sở của một trong các loại hình ghi trong Chứng chỉ hành nghề tại một địa điểm kinh doanh;
- Trong quá trình hành nghề, nếu có thay đổi tôi cam kết sẽ làm các thủ tục xin cấp lại Chứng chỉ hành nghề dược, Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh thuốc.

Nếu vi phạm tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật.

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp chứng chỉ hành nghề dược cho tôi.

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

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

¹ Địa danh

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 (Văn bằng chuyên môn về dược và các giấy tờ khác do cơ quan, tổ chức nước ngoài cấp hoặc công chứng, xác nhận phải được hợp pháp hóa lãnh sự và dịch ra tiếng Việt; bản dịch phải được công chứng theo quy định của pháp luật Việt Nam). ☐
2. Giấy xác nhận về thời gian thực hành ở cơ sở được hợp pháp do người đứng đầu cơ sở đó cấp theo mẫu do Bộ Y tế quy định¹ ☐
3. Bản sao có chứng thực hộ chiếu nếu hồ sơ gửi bằng đường bưu điện hoặc bản chụp hộ chiếu và xuất trình hộ chiếu bản gốc để đối chiếu nếu hồ sơ nộp trực tiếp. ☐
4. Lý lịch tư pháp được cơ quan có thẩm quyền của nước sở tại xác nhận hoặc Giấy phép lao động và Giấy xác nhận là thành viên Hội đồng quản trị hoặc Ban giám đốc của cơ sở kinh doanh thuốc (Đối với người nước ngoài hoặc người Việt Nam định cư ở nước ngoài) ☐
5. Giấy chứng nhận sức khỏe do cơ quan y tế có thẩm quyền cấp trong thời hạn 12 tháng; ☐
6. Hai ảnh 04cm x 06cm (trên nền trắng chụp không quá 6 tháng) ☐

¹ Đối với Dược sĩ tốt nghiệp hệ Chuyên tu nếu chỉ đăng ký loại hình Nhà thuốc thì không cần có xác nhận thời gian thực hành.

Mẫu: Giấy xác nhận thời gian thực hành

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

GIẤY XÁC NHẬN
Thời gian thực hành tại cơ sở được hợp pháp

Tên đơn vị

Xác nhận ông/bà

Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú:

.....

Chức vụ.....

Đã có thời gian công tác tại

.....

Từ ngày.....tháng..... năm 20.....đến ngày..... tháng..... năm 20.....

Nhiệm vụ được phân công:

Trong thời gian công tác không có vi phạm đạo đức nghề nghiệp.

Tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm về xác nhận trên./.

.....¹, ngày.....tháng.....năm.....

Thủ trưởng đơn vị
(Ký tên, đóng dấu)

¹ Địa danh

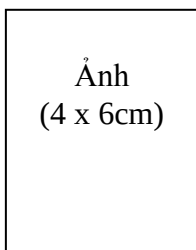
Mẫu: giấy khám sức khỏe

.....¹.....
.....².....
.....³.....

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

Số: /GSKS-....³.....

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



Họ và tên (*chữ in hoa*):

Giới: Nam ☐ Nữ ☐ Tuổi:.....

Số CMND hoặc Hộ chiếu: cấp ngày...../...../.....
tại.....

Chỗ ở hiện tại:.....

Lý do khám sức khỏe:.....

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không ☐; b) Có ☐; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:.....

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không ☐; b) Có ☐ Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:
.....
.....

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều
khai trên đây hoàn toàn đúng với sự
thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngàytháng.....năm.....

Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

² Tên của cơ sở khám sức khỏe

³ Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

Chiều cao:cm; Cân nặng: kg; Chỉ số BMI:
 Mạch:lần/phút; Huyết áp:..... /..... mmHg
 Phân loại thể lực:.....

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Nội khoa	
a) Tuần hoàn:	
Phân loại	
b) Hô hấp:	
Phân loại	
c) Tiêu hóa:	
Phân loại	
d) Thận-Tiết niệu:	
Phân loại	
đ) Cơ-xương-khớp:	
Phân loại	
e) Thần kinh:	
Phân loại	
g) Tâm thần:	
Phân loại	
2. Ngoại khoa:	
Phân loại	
3. Sản phụ khoa:	
Phân loại	
4. Mắt:	
- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:..... Mắt trái:	
Có kính: Mắt phải: Mắt trái:	
- Các bệnh về mắt (nếu có):	
- Phân loại:	
5. Tai-Mũi-Họng	
- Kết quả khám thính lực:	
Tai trái: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m	
Tai phải: Nói thường:..... m; Nói thầm:.....m	
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):.....	
- Phân loại:	
6. Răng-Hàm-Mặt	
- Kết quả khám: + Hàm trên:.....	
+ Hàm dưới:	
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có).....	
- Phân loại:.....	
7. Da liễu:	
Phân loại:.....	

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu: a) Công thức máu: Số lượng HC: Số lượng Bạch cầu: Số lượng Tiểu cầu:..... b) Sinh hóa máu: Đường máu: Urê:..... Creatinin:..... ASAT (GOT):..... ALAT (GPT): c) Khác (nếu có):.....	
2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường: b) Prôtêin: c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh:	

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:.....

2. Các bệnh, tật (nếu có):.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....³, ngày..... tháng...năm 20.....

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

¹ Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành

² Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh

³ Địa danh