

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

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/CCCD số: Ngày cấp:

Nơi cấp:

Điện thoại liên lạc: Email:

Địa chỉ liên lạc:

Tốt nghiệp: Năm: Chuyên khoa:

Cơ quan công tác hiện nay:

Địa chỉ cơ quan:

Khoa/Phòng:

Tôi đăng ký tham dự lớp:

Tổ chức từ ngày đến ngày tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh – Cơ sở 2 (201 Nguyễn Chí Thanh, Phường 12, Quận 5, TPHCM).

Tôi cam kết thực hiện nghiêm túc nội quy khóa học và đóng học phí đầy đủ, đúng thời hạn.

Ngày tháng năm

Người đăng ký

(Ký và ghi rõ họ tên)