**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN ĐĂNG KÝ**

**Lớp Siêu âm tổng quát Khóa V**

Kính gửi: Bệnh viện Thành phố Thủ Đức

Họ và tên: Giới tính: Nam/Nữ

Ngày tháng năm sinh:

Nơi sinh:

Chứng minh nhân dân/căn cước công dân:

Ngày cấp: Nơi cấp:…………………………………………………….

Địa chỉ liên lạc của học viên:

Điện thoại:

Email:

Hiện đang công tác tại đơn vị *(nếu có)* :

Địa chỉ:

Điện thoại:

Tôi xin đăng ký theo học **Lớp Siêu âm tổng quát khóa V** được tổ chức tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

(Vui lòng ghi thông tin đầy đủ và chính xác để tiện cho việc cấp bằng sau này, xin cung cấp địa chỉ email để nhận tài liệu học tập)

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Thành phố Hồ Chí Minh,ngày tháng năm 2024*  **Người làm đơn**  ***(ký và ghi rõ họ tên)*** |