**Phụ lục 2**

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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN ĐĂNG KÝ**

**Khóa đào tạo Nội soi Dạ dày - Tá tràng Khóa I**

Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa 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 **Khóa đào tạo Nội soi Dạ dày - Tá tràng Khóa I** được tổ chức tại Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Thành phố Hồ Chí Minh,ngày tháng năm 2025*  **Người làm đơn**  ***(ký và ghi rõ họ tên)*** |