

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

**PHIẾU ĐĂNG KÝ THAM DỰ**  
**LỚP ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ COBLATOR TRONG PHẪU THUẬT TẠI**  
**MŨI HỌNG (NGÀY 19/5/2025 – 31/5/2025)**

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: .....

**❖ Quy định đối với học viên:**

- Chấp hành các quy định của Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh;
- Không chụp hình, quay phim, thu âm trong thời gian học tại Bệnh viện Thành phố Hồ Chí Minh;
- Trong thời gian tham dự khóa tập huấn tại bệnh viện, phải mang thẻ học viên và bảo quản cho đến khi kết thúc khóa học;
- Tham gia đầy đủ các buổi học lý thuyết và thực hành;
- Sau khi lớp học đã khai giảng, nếu tôi vì vi phạm kỷ luật mà bị buộc thôi học thì tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm và không yêu cầu Bệnh viện hoàn trả học phí đã nộp;
- **Nghỉ  $\geq 10\%$  tổng số buổi học lý thuyết và thực hành sẽ không được cấp giấy chứng nhận.**

Tôi cam kết chấp hành nghiêm túc những quy định trên và đăng ký tham dự lớp *Ứng dụng công nghệ Coblator trong phẫu thuật Tai Mũi Họng* từ ngày 19/5/2025 – 31/5/2025.

Trân trọng.

Ngày      tháng      năm 2025

**Người đăng ký**

(Ký và ghi rõ họ tên)