*Mẫu số 02-SYTNA*

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

## *Độc lập - Tự do - Hạnh phúc*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**GIẤY XÁC NHẬN**

**Thời gian thực hành tại cơ sở thực hành chuyên môn về dược**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tên cơ sở:……………………………........................................................

Địa chỉ:……… …..;

 Số giấy CNĐĐKKDD:…(1).......................................................................

Xác nhận Ông/Bà ..............................................................................

Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu: .…......................Ngày cấp: …………

Nơi cấp:...............................................................................................

Thường trú tại

Đã có thời gian thực hành dược tại: .......................................................

Từ ngày …..…………....... đến ngày …….………..................................

Nội dung thực hành: (2)

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

|  |  |
| --- | --- |
|   | *….., ngày ..... tháng ..... năm .....***Người đại diện trước pháp luật/người được ủy quyền***(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))*(3) |

 *Ghi chú:*

(1) Điền số giấy CNĐĐKKDD nếu là cơ sơ kinh doanh dược

(2) Ghi nội dung thực hành theo quy định tại Điều 20 của Nghị định này.

(3) Đối với cơ sở thực hành là nhà thuốc, không phải đóng dấu vào Giấy xác nhận.

*(Những trường hợp bắt đầu thực hành kể từ ngày 01/7/2017, thì phải kèm theo danh sách mà cơ sở xác nhận thực hành đã đăng ký tại Sở Y tế)*