

Số: 472 /TB-BVĐKBV

Hà Nội, ngày 10 tháng 4 năm 2026

## THÔNG BÁO

### Tiếp nhận học viên thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Ba Vì

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành; Thông báo số 3085/TB-SYT ngày 09 tháng 4 năm 2026 của Sở Y tế Hà Nội về việc công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành. Bệnh viện Đa khoa Ba Vì thông báo một số nội dung như sau:

**1. Bệnh viện Đa khoa Ba Vì tiếp nhận học viên thực hành khám bệnh, chữa bệnh cho các đối tượng sau:**

TT	Đối tượng thực hành	Thời gian thực hành (tháng)
1	Bác sĩ với phạm vi hành nghề Y khoa	12
2	Bác sĩ với phạm vi hành nghề Răng - Hàm - Mặt	12
3	Bác sĩ với phạm vi hành nghề Y học cổ truyền	12
4	Bác sĩ với phạm vi hành nghề Y học dự phòng	12
5	Bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh	09
6	Bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa Mắt	09
7	Bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa Ngoại	09
8	Bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa Nhi	09
9	Bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa Nội	09
10	Bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa Phụ sản	09
11	Bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa Tai - Mũi - Họng	09
12	Bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa Phục hồi chức năng	09
13	Bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa Gây mê hồi sức	09
14	Bác sĩ với phạm vi hành nghề chuyên khoa Xét nghiệm	09

TT	Đối tượng thực hành	Thời gian thực hành (tháng)
15	Y sỹ với phạm vi hành nghề Y sỹ Y học cổ truyền	09
16	Y sỹ với phạm vi hành nghề Y sỹ đa khoa	09
17	Điều dưỡng với phạm vi hành nghề Điều dưỡng	06
18	Kỹ thuật y với phạm vi hành nghề Hình ảnh y học	06
19	Kỹ thuật y với phạm vi hành nghề Xét nghiệm y học	06
20	Kỹ thuật y với phạm vi hành nghề Phục hồi chức năng	06
21	Hộ sinh với phạm vi hành nghề Hộ sinh	06

(Có Bản Công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở thực hành; Nội dung chương trình kèm theo)

## 2. Danh mục hồ sơ học thực hành (có mẫu đính kèm):

- Đơn đề nghị thực hành theo mẫu tại Nghị định số: 96/2023/NĐ-CP;
- Sơ yếu lý lịch tự thuật theo mẫu tại Nghị định số: 96/2023/NĐ-CP;
- Giấy khám sức khỏe (có thời hạn trong vòng 6 tháng kể từ ngày khám);
- Bản sao hợp pháp Bằng tốt nghiệp;
- Bản sao hợp pháp Căn cước công dân;
- Giấy xác nhận thông tin về cư trú;
- Công văn giới thiệu, Quyết định cử đi thực hành hành khám bệnh, chữa bệnh cấp giấy phép hành nghề của cơ quan (đối với người thực hành là người lao động tại đơn vị sự nghiệp nhà nước);
- 01 ảnh 3x4 ghi rõ họ tên (chụp trong vòng 6 tháng).

## 3. Địa điểm và thời gian nộp hồ sơ:

- Thời gian tiếp nhận: Trong giờ hành chính các ngày trong tuần.
- Địa điểm: Phòng Tổ chức cán bộ, Bệnh viện Đa khoa Ba Vì
- Địa chỉ: Số 82, đường Quốc lộ 32, Thôn Đồng Bàng, Xã Vật Lại, TP. Hà Nội.
- Điện thoại liên hệ: 0365 667 862

Bệnh viện Đa khoa Ba Vì thông báo để các cá nhân và đơn vị biết và liên hệ./.

### Nơi nhận:

- Ban Giám đốc BV (để chỉ đạo t/h);
- Các khoa, phòng (để biết);
- Đăng tải trên trang TTĐT của BV;
- Lưu: VT, TCCB(DIỀU).



GIÁM ĐỐC

Phạm Bá Hiền



**Mẫu 03 - Đơn đề nghị thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

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

.....<sup>1</sup>....., ngày .... tháng .... năm ...

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: .....<sup>2</sup>.....

Họ và tên: .....

Ngày, tháng, năm sinh: .....

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu<sup>3</sup>:  
.....

Ngày cấp.....Nơi cấp:.....

Địa chỉ: .....<sup>4</sup>.....

Điện thoại:..... Email (nếu có):.....

Văn bằng chuyên môn:<sup>5</sup>.....

Thời gian đăng ký thực hành:.....

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị.....<sup>2</sup>..... cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tôi xin cam kết sẽ thực hiện đúng các quy định của pháp luật về việc thực hành khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác có liên quan của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**NGƯỜI LÀM ĐƠN**  
(Ký và ghi rõ họ, tên)

<sup>1</sup> Địa danh.

<sup>2</sup> Ghi rõ tên cơ sở đề nghị đăng ký thực hành.

<sup>3</sup> Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

<sup>4</sup> Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

<sup>5</sup> Ghi theo văn bằng đào tạo.

**Mẫu 09 - Sơ yếu lý lịch tự thuật**

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

Ảnh màu  
04 cm x 06  
cm (có đóng  
dấu giáp lai  
của cơ  
quan xác nhận lý  
lịch

**SƠ YẾU LÝ LỊCH  
TỰ THUẬT**

Họ và tên:..... Nam, nữ:.....  
Ngày, tháng, năm sinh.....  
Nơi thường trú hiện nay: .....  
Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu:  
.....  
Ngày cấp..... Nơi cấp:.....  
Số điện thoại liên hệ: Nhà riêng.....; Di động (nếu có) .....  
Khi cần báo tin cho ai? ở đâu?:.....  
Số hiệu:.....  
Ký hiệu: .....

Họ và tên:.....  
Ngày, tháng, năm sinh..... Tại:.....  
Nguyên quán:.....  
.....  
Nơi đăng ký thường trú hiện nay:.....  
Dân tộc: ..... Tôn giáo:.....  
Trình độ văn hóa:..... Ngoại ngữ:.....  
Trình độ chuyên môn: ..... Loại hình đào tạo:.....  
Chuyên ngành đào tạo:.....  
Nghề nghiệp:.....

**HOÀN CẢNH GIA ĐÌNH**

Họ và tên bố:..... Tuổi..... Nghề nghiệp.....  
Họ và tên mẹ:..... Tuổi..... Nghề nghiệp.....  
Họ và tên vợ hoặc chồng:..... Tuổi.....  
Nghề nghiệp:.....  
Nơi làm việc:.....

Nơi ở hiện tại:.....

**QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO CỦA BẢN THÂN**

Từ tháng năm đến tháng năm	Chuyên ngành đào tạo	Tên cơ sở đào tạo	Văn bằng, chứng chỉ được cấp

**QUÁ TRÌNH CÔNG TÁC CỦA BẢN THÂN**

Từ tháng năm đến tháng năm	Làm công tác gì?	Ở đâu?	Giữ chức vụ gì?

Có thuộc các trường hợp bị cấm hành nghề theo quy định tại Điều 20 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh không?: .....

Ghi rõ nếu có:.....

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thực, nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật.

**XÁC NHẬN CỦA THỦ TRƯỞNG  
CƠ QUAN/ĐƠN VỊ CÔNG TÁC<sup>2</sup>**

....., ngày... tháng... năm...  
**NGƯỜI KHAI KÝ TÊN**

<sup>1</sup> Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

**Ghi chú:** Trường hợp thực hiện thủ tục trên môi trường điện tử, người thực hiện thủ tục hành chính chỉ cần kê khai các thông tin: Họ và tên, ngày tháng năm sinh, số định danh cá nhân/số căn cước công dân. Trường hợp thực hiện thủ tục hành chính bằng hồ sơ giấy người hành nghề cần kê khai đầy đủ các thông tin hành chính trong đơn.

<sup>2</sup> Trường hợp người đề nghị đang không làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào thì không phải xác nhận nội dung này.