Mẫu số 07

|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ………-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ảnh 4x6 | **CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ DƯỢCSố hiệu: /CCHN-D-BYT***……………….(1)……………..* |

Chứng nhận Ông/Bà (2): .…………….……………………….…………….…………………………

Ngày, tháng, năm sinh: .…………….……………………….…………….………………………….

Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác: …………………………….

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

Địa chỉ thường trú: .…………….……………………….…………….………………………………..

Văn bằng chuyên môn: .…………….……………………….…………….…………………………..

Phạm vi hoạt động chuyên môn: .…………….……………………… (3) ………………………….

Đủ điều kiện hành nghề dược với các vị trí hành nghề sau: ………………….(4) ………………..

Hình thức cấp Chứng chỉ hành nghề: Thi

Kết quả thi được công nhận ngày: .…………….……………………….…………….………………

Tại cơ sở tổ chức thi: .…………….……………………….…………….………………………………

Chứng chỉ hành nghề dược có hiệu lực từ ngày .... tháng .... năm.... được cấp theo Quyết định số: …………../QĐ-BYT ngày .... tháng.... năm ……….của Bộ trưởng Bộ Y tế.

*Thay thế cho Chứng chỉ hành nghề dược số..... ngày ……. tháng ……. năm …….. (nếu là trường hợp cấp lại, điều chỉnh).*

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………….., ngày ……. tháng ……. năm ……..***CƠ QUAN CẤP***(Ký tên, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |

*Ghi chú:*

(1) Ghi rõ hình thức cấp, lần cấp trong trường hợp cấp lại, điều chỉnh, ví dụ: cấp lại lần 1: số CCHND, ngày cấp...; hoặc cấp điều chỉnh lần 2; số CCHTND, ngày cấp ...

(2) Ghi tên người được cấp CCHND bằng chữ in hoa.

(3) Ghi tất cả các phạm vi hoạt động chuyên môn mà người đề nghị cấp CCHND đề nghị và đáp ứng yêu cầu.

(4) Ghi tất cả các vị trí chuyên môn mà người đề nghị cấp CCHND đề nghị và đáp ứng yêu cầu.