Mẫu số 14

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

**DANH SÁCH**

**Người thực hành chuyên môn tại cơ sở bán lẻ thuốc**

1. Tên cơ sở bán lẻ thuốc: .…………….……………………….…………….………………………

2. Địa chỉ: .…………….……………………….…………….…………………………………………..

3. Thời gian hoạt động của cơ sở bán lẻ thuốc(1):.…………….……………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên người thực hành chuyên môn** | **Nơi thường trú** | **Số CMND - Nơi cấp, ngày cấp** | **Nội dung thực hành** | **Thời gian thực hành (2)** | **Người được giao hướng dẫn thực hành(3)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

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

*Ghi chú:*

(1) Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần;

(2) Ghi thời gian bắt đầu và kết thúc thực hành.

(3) Ghi rõ họ và tên, trình độ chuyên môn, vị trí hành nghề tại cơ sở