

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 điện thoại:.....
Số Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược:...(1).....,
ngày cấp:....., nơi cấp:
Xác nhận Ông/Bà
Số Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác:.....
Ngày cấp: Nơi cấp:.....
Thường trú tại:.....
Đã có thời gian thực hành chuyên môn về dược tại:
Từ ngày đến ngày
Nội dung thực hành chuyên môn: (2)
Tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm về xác nhận trên./.

....., ngày tháng năm

**NGƯỜI ĐẠI DIỆN THEO PHÁP LUẬT/
NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN**

(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))(3)

Ghi chú:

- (1) Điền số Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược nếu là cơ sở kinh doanh dược.
(2) Ghi nội dung thực hành theo quy định tại Điều 14 của Nghị định này.
(3) Đối với cơ sở thực hành không có con dấu, không phải đóng dấu vào Giấy xác nhận.