|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN  **TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ** |  |

**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ THAM GIA KHÓA ĐÀO TẠO LIÊN TỤC**

“*Phẫu thuật nội soi ngược dòng tán sỏi tiết niệu”*

*(Kèm theo Công văn số....../..........ngày.........tháng .........năm 202......của........)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ và tên** | **Năm sinh** | **Chức vụ** | **Học hàm, học vị** | **Chuyên ngành đã được đào tạo** | **Chứng chỉ, văn bằng theo yêu cầu của khóa đào tạo** | **Số năm kinh nghiệm khám chữa bệnh** | **Điện thoại** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |
| n |  |  |  |  |  |  |  |  |