CƠ QUAN CHỦ QUẢN **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

 Số: /……...-……… *……….., ngày …… tháng …….. năm 202….*

 **Kính gửi:**

 - Ban Giám đốc Bệnh viện E;

 - Trung tâm Đào tạo & Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện E.

 Căn cứ Thông báo số ……../TB-BVE ngày ……..tháng ……năm 2024 của Giám đốc Bệnh viện E về việc tuyển sinh khóa đào tạo liên tục “*Phẫu thuật nội soi ngược dòng tán sỏi tiết niệu”*  theo nhu cầu xã hội năm 2024.

 Căn cứ vào nhu cầu của đơn vị và sau khi xem xét các tiêu chuẩn, yêu cầu của khóa đào tạo, Bệnh viện (Đơn vị)……………..đồng ý cử………..cán bộ tham gia khóa đào tạo liên tục “*Phẫu thuật nội soi ngược dòng tán sỏi tiết niệu”* tại Bệnh viện E năm 2024 (*Có danh sách kèm theo*).

 Trân trọng./.

 ***Nơi nhận***

*-* Nư trên; **LÃNH ĐẠO ĐƠN VỊ**

***-*** Lưu VT*. (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*

 **Nguyễn Văn A**