|  |  |
| --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Cấp Giấy chứng nhận là lưomg y cho các đổi tượng quy định tại Khoản 6, Điều 1, Thông tư số 29/2015/TT-BYT** |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Đơn đề nghị cấp Giấy chứng nhận là lương y theo mẫu quy định tại Phụ lục 01 kèm theo Thông tư số 29/2015/TT-BYT ngày 12/10/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế; | x |  |
| 2. Sơ yếu lý lịch cá nhân có xác nhận của UBND xã, phường, thị trấn, nơi cư trú (trong thời gian không quá 06 tháng tính đến ngày nộp hồ sơ); | x |  |
| 3. 02 ảnh màu cỡ 4 x 6 cm chụp trên nền trắng (trong thời gian không quá 06 tháng tính đến ngày nộp hồ sơ); | x |  |
| 4. 02 phong bì có dán tem và ghi rõ họ tên, địa chỉ người nhận; | x |  |
| 5. Bản sao có chứng thực các chứng chỉ học phần theo quy định tại Khoản 1 Điều 2 Thông tư 29/2015/TT-BYTngày 12/10/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế; |  | x |
|  | 6. Bản sao có chứng thực bảng điểm kết quả kiểm tra cuối khóa do Hội đồng kiểm tra sát hạch của Bộ Y tế tổ chức theo quy định tại Thông tư số 13/1999/TT-BYT; |  | x |
|  | 7. Giấy xác nhận quá trình thực tập khám bệnh, chữa bệnh bằng y học cổ truyền theo mẫu quy định tại Phụ lục số 02 ban hành kèm theo Thông tư số 29/2015/TT-BYT. | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** |
|  | 01 bộ |
| **3** | **Thời gian xử lý** |
|  | 20 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ. |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** |
|  | - Cách 1: Nộp hồ sơ trực tiếp tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả - Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội;- Cách 2: Địa chỉ tiếp nhận đối với các hồ sơ gửi qua bưu chính: Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội . Điện thoại: 0243.7343622;- Cách 3: Nộp hồ sơ trực tuyến tại Cổng dịch vụ công trực tuyến thành phố Hà Nội (dichvucong.hanoi.gov.vn);Trả kết quả tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả của Sở Y tế Hà Nội hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích. |
| **5** | **Lệ phí** |
|  | Phí thẩm định cấp Giấy chứng nhận là lương y: 2.500.000 đồng/lần |

**PHỤ LỤC SỐ 01**

MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN LÀ LƯƠNG Y
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 29/2015/TT-BYT ngày 12 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

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

*....****[[49]](#_ftn49)****......., ngày…... tháng …. năm  20.....*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp Giấy chứng nhận là lương y**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kính gửi: ................................[[50]](#_ftn50)......................................... Họ và tên:………………………………………………………….Nam/Nữ:………………..                  Ngày, tháng, năm sinh: ...............................................................................................................  Chỗ ở hiện nay: [[51]](#_ftn51)........................................................................................................................  Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số:........................ ………………………………………… Ngày cấp:…………………..…Nơi cấp:……………………………………………………… Điện thoại: .................................................  Email ( nếu có): ......................................................  Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 123 | Bản sao có chứng thực Giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề khám bệnh chữa bệnh bằng YHCT hoặcBản khai quá trình hành nghề có xác nhận theo quy định và bản sao có công chứng bằng cấp chuyên môn hay giấy xác nhận đã tham dự các lớp bồi dưỡng về YHCT hoặcBản sao các chứng chỉ học phần kèm theo bảng điểm kiểm tra cuối khóa chuẩn hóa lương y (kèm theo bản gốc để đối chiếu). | □□□ |
|  4.    Bản sao chứng thực văn bằng, chứng chỉ  5.     Bản sao các chứng chỉ học phần hoặc Bảng điểm và GCN lương y chuyên sâu hoặc Giấy chứng nhận y sỹ cấp 2 đối với Tịnh độ cư sỹ   | □□ |
| 6.7. | Giấy xác nhận quá trình thực tập KBCB bằng YHCT Sơ yếu lý lịch | □□ |
| 8. | Hai ảnh màu 4 x 6cm  | □ |
| 9. | Hai phong bì có dán tem và ghi rõ họ tên, địa chỉ người nhận | □ |

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp Giấy chứng nhận là lương y cho tôi./.

|  |  |
| --- | --- |
|   | **NGƯỜI LÀM ĐƠN**(ký và ghi rõ họ, tên) |

 |

**PHỤ LỤC SỐ 02**

MẪU GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC TẬP
*(Ban hành kèm theo Thông tư số ….../2015/TT-BYT ngày …tháng     năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| ............[[52]](#_ftn52).......................[[53]](#_ftn53)............-------- | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số:          /GXNTT | *…****[[54]](#_ftn54)****…, ngày      tháng    năm 20…* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC TẬP
KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN**

............................[[55]](#_ftn55)........................ xác nhận:

Ông/bà: ......................................................................................................................

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

Chỗ ở hiện nay: [[56]](#_ftn56) ........................................................................................................

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số: ……..………………………………………..….

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

đã thực tập tại..........................[[57]](#_ftn57)........................................................................................

Số giấy phép hoạt động…………………………………………. ………………………...

Phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở:………………………………………..………

Ý kiến nhận xét của cơ sở về kết quả thực tập:

1. Thời gian thực tập: [[58]](#_ftn58) ...............................................................................................

2. Phạm vi hoạt động chuyên môn:  [[59]](#_ftn59) ..........................................................................

3. Đạo đức nghề nghiệp: [[60]](#_ftn60) ..........................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|   | **PHỤ TRÁCH CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**(Ký tên, đóng dấu nếu có) |