|  |  |
| --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Cấp lại Giấy chứng nhận là lương y thuộc thẩm quyền của Sở Y tế** |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Đơn đề nghị cấp lại Giấy chứng nhận là lương y theo mẫu quy định tại Phụ lục 07 ban hành kèm theo Thông tư số 29/2015/TT-BYTngày 12/10/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế; | x |  |
| 2. 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 |  |
| 3. 02 phong bì có dán tem và ghi rõ họ tên, địa chỉ người nhận. | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** |
|  | 01 bộ |
| **3** | **Thời gian xử lý** |
|  | 07 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 lại chứng nhận là lương y: 2.500.000 đồng/lần |

**PHỤ LỤC SỐ 07**

MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ CẤP LẠI 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
------------------**

*....****[[61]](#_ftn61)****......., ngày      tháng      năm  20....*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp lại Giấy chứng nhận là lương y**

Kính gửi: ................................[[62]](#_ftn62).........................................

 Họ và tên:……………………………………………………………………………….……

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

 Chỗ ở hiện nay: [[63]](#_ftn63)........................................................................................................

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

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

 Điện thoại: .................................................  Email ( nếu có): ......................................

 Số Giấy chứng nhận là lương ycũ:………..…….. Ngày cấp:….…………Nơi cấp:…………

 Lý do xin cấp lại:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Do bị mất    | □ |
| 2. | Do bị hư hỏng | □ |
|   |   |   |

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

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

[[1]](#_ftnref1) Địa danh

[[2]](#_ftnref2) Tên cơ quan cấp Giấy chứng nhận là lương y

[[3]](#_ftnref3) Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú.

***[[4]](#_ftnref4)*** *Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*

***[[5]](#_ftnref5)*** *Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

***[[6]](#_ftnref6)*** *Địa danh*

***[[7]](#_ftnref7)*** *Giống như Mục 2*

***[[8]](#_ftnref8)*** *Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú*

***[[9]](#_ftnref9)*** *Giống như Mục 2*

***[[10]](#_ftnref10)*** *Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày …. tháng …năm….  đến ngày…. tháng ….năm…theo Điểm a Khoản 2 Điều 12 Thông tư này*

***[[11]](#_ftnref11)*** *Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo Điểm b Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.*

***[[12]](#_ftnref12)*** *Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử, đạo đức của người thực tập Điểm c Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.*

[[13]](#_ftnref13) Địa danh

[[14]](#_ftnref14) Tên cơ quan cấp Giấy chứng nhận là lương y

[[15]](#_ftnref15) Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú.

***[[16]](#_ftnref16)*** *Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*

***[[17]](#_ftnref17)*** *Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

***[[18]](#_ftnref18)*** *Địa danh*

***[[19]](#_ftnref19)*** *Giống như Mục 2*

***[[20]](#_ftnref20)*** *Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú*

***[[21]](#_ftnref21)*** *Giống như Mục 2*

***[[22]](#_ftnref22)*** *Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày …. tháng …năm….  đến ngày…. tháng ….năm…theo Điểm a Khoản 2 Điều 12 Thông tư này*

***[[23]](#_ftnref23)*** *Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo Điểm b Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.*

***[[24]](#_ftnref24)*** *Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử, đạo đức của người thực tập Điểm c Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.*

[[25]](#_ftnref25) Địa danh

[[26]](#_ftnref26) Tên cơ quan đã cấp Giấy chứng nhận là lương y

[[27]](#_ftnref27) Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú.

[[28]](#_ftnref28) Địa danh

[[29]](#_ftnref29) Tên cơ quan cấp Giấy chứng nhận là lương y

[[30]](#_ftnref30) Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú.

***[[31]](#_ftnref31)*** *Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*

***[[32]](#_ftnref32)*** *Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

***[[33]](#_ftnref33)*** *Địa danh*

***[[34]](#_ftnref34)*** *Giống như Mục 2*

***[[35]](#_ftnref35)*** *Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú*

***[[36]](#_ftnref36)*** *Giống như Mục 2*

***[[37]](#_ftnref37)*** *Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày …. tháng …năm….  đến ngày…. tháng ….năm…theo Điểm a Khoản 2 Điều 12 Thông tư này*

***[[38]](#_ftnref38)*** *Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo Điểm b Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.*

***[[39]](#_ftnref39)*** *Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử, đạo đức của người thực tập Điểm c Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.*

[[40]](#_ftnref40) Địa danh

[[41]](#_ftnref41) Tên cơ quan cấp Giấy chứng nhận là lương y

[[42]](#_ftnref42) Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú.

[[43]](#_ftnref43) Địa danh

[[44]](#_ftnref44) Tên cơ quan cấp Giấy chứng nhận là lương y

[[45]](#_ftnref45) Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú.

[[46]](#_ftnref46) Địa danh

[[47]](#_ftnref47) Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú.

[[48]](#_ftnref48) Người đứng đầu cơ sở KCB bằng YHCT hợp pháp (nếu người hành nghề thực tập tại cơ sở KCB theo quy định tại Điểm a Khoản 6 Điều 9 Thông tư này).

[[49]](#_ftnref49) Địa danh

[[50]](#_ftnref50) Tên cơ quan cấp Giấy chứng nhận là lương y

[[51]](#_ftnref51) Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú.

***[[52]](#_ftnref52)*** *Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*

***[[53]](#_ftnref53)*** *Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*

***[[54]](#_ftnref54)*** *Địa danh*

***[[55]](#_ftnref55)*** *Giống như Mục 2*

***[[56]](#_ftnref56)*** *Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú*

***[[57]](#_ftnref57)*** *Giống như Mục 2*

***[[58]](#_ftnref58)*** *Ghi cụ thể thời gian thực hành từ ngày …. tháng …năm….  đến ngày…. tháng ….năm…theo Điểm a Khoản 2 Điều 12 Thông tư này*

***[[59]](#_ftnref59)*** *Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo Điểm b Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.*

***[[60]](#_ftnref60)*** *Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử, đạo đức của người thực tập Điểm c Khoản 2 Điều 12 Thông tư này.*

[[61]](#_ftnref61) Địa danh

[[62]](#_ftnref62) Tên cơ quan đã cấp Giấy chứng nhận là lương y

[[63]](#_ftnref63) Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký hộ khẩu thường trú hoặc tạm trú.