

THÔNG BÁO

Về việc chiêu sinh Chương trình thực hành lâm sàng 06 tháng cho Điều dưỡng
tại Bệnh viện Đa khoa Củ Chi – Khóa 03

Căn cứ Quyết định số 532/QĐ-UBND ngày 07 tháng 8 năm 2025 của Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh về việc đổi tên “Bệnh viện huyện Củ Chi” thành “Bệnh viện Đa khoa Củ Chi” trực thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh;

Căn cứ Luật số 15/2023/QH15 ngày 09 tháng 01 năm 2023 của Quốc hội về Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ về việc quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023 của Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Bản công bố số 1419/BCB-BVCC ngày 30/09/2024 của Bệnh viện huyện Củ Chi về việc công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành.

Bệnh viện Đa khoa Củ Chi thông báo chiêu sinh Chương trình thực hành lâm sàng 06 tháng cho Điều dưỡng – Khóa 03 như sau:

1. Đối tượng chiêu sinh

Điều dưỡng đa khoa tốt nghiệp trình độ cao đẳng trở lên chưa được cấp giấy phép hành nghề.

2. Thông tin khóa học

Số lượng: 25 học viên/khóa học.

Thời gian thực hành: 06 tháng (kể từ ngày khai giảng).

Dự kiến khai giảng: ngày 01 tháng 11 năm 2025.

Địa điểm: Tại Bệnh viện Đa khoa Củ Chi.

Học phí: 2.500.000 đồng/học viên/tháng (Học phí đóng 1 lần trọn khóa 15.000.000 đồng/học viên/khóa)

Thời gian nộp học phí: trong vòng 7 ngày kể từ ngày có thông báo danh sách học viên đủ điều kiện thực hành tại bệnh viện.

Hình thức đóng học phí:

● Chuyển khoản

+ Tên tài khoản: Bệnh viện Đa khoa Củ Chi

+ Số tài khoản: 124000105197

+ Tại Ngân hàng TMCP Công Thương Việt Nam – CN Bắc Sài Gòn



+ Nội dung: THĐD_K03_Tên học viên_Năm sinh.

● Tiền mặt

+ Địa điểm: Phòng A009 tầng trệt

+ Người phụ trách: Nguyễn Thị Hồng Vân (SĐT: 0966.813.323)

Lưu ý:

- Học phí không hoàn lại với bất kì lý do gì.

- Không nhận hồ sơ qua đường bưu điện.

- Học viên tự túc chi phí đi lại và ăn ở trong thời gian tham gia thực hành tại Bệnh viện Đa khoa Củ Chi.

3. Tổ chức thực hành

- Sau khi hoàn tất hồ sơ, bệnh viện sẽ tiếp nhận học viên thực hành và phân công lịch thực hành cho các học viên.

- Học viên thực hành luân phiên, tập trung, toàn thời gian trong thời gian quy định tại các khoa theo khung chương trình.

- Bệnh viện phân công người hướng dẫn thực hành cho mỗi học viên, tham gia thực hành và trực gác tại đơn vị.

- Sau khi kết thúc quá trình thực hành, các học viên không vi phạm quy định của bệnh viện và đảm bảo điều kiện theo yêu cầu sẽ được cấp giấy xác nhận quá trình thực hành.

4. Hồ sơ đăng ký

- Thành phần hồ sơ:

+ 01 Đơn đề nghị thực hành (mẫu đính kèm)

+ 01 bản sao công chứng CCCD/CC/ĐDCN/HC

+ 01 ảnh thẻ 3x4 nền trắng mới nhất trong vòng 06 tháng

+ 01 bản sao công chứng văn bằng chuyên môn như là:

• Văn bằng cao đẳng điều dưỡng, bao gồm văn bằng tốt nghiệp do cơ sở giáo dục nước ngoài cấp được Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội công nhận tương đương văn bằng cao đẳng điều dưỡng.

• Văn bằng cử nhân điều dưỡng, bao gồm văn bằng tốt nghiệp do cơ sở giáo dục nước ngoài cấp được Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo công nhận trình độ cử nhân điều dưỡng.

- Tất cả các giấy tờ trên được đựng trong túi hồ sơ và ghi đầy đủ các mục theo mẫu quy định.

5. Thông tin nộp hồ sơ

- Thời gian tiếp nhận hồ sơ: từ ngày đăng thông báo đến hết ngày 26/10/2025 hoặc đến khi nhận đủ hồ sơ.

- Nộp hồ sơ trực tiếp từ thứ 2 đến thứ 6 (trong giờ hành chính) tại Phòng Tổ chức cán bộ – Bệnh viện Đa khoa Củ Chi (Địa chỉ: 1307, Tỉnh lộ 7, Ấp Chợ Cũ 2, Xã An Nhơn Tây, Thành phố Hồ Chí Minh), Lầu 2 – Phòng A.212.

- Người phụ trách: Cv. Trịnh Thế Kiệt (Phòng Tổ chức cán bộ, SĐT: 0329.685.600)

Nơi nhận:

- Các đơn vị, cá nhân có nhu cầu;
- Ban Giám đốc;
- Các khoa phòng;
- Lưu: VT, TC.

GIÁM ĐỐC



Nguyễn Tô Bảo Hoàng







CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....¹, ngày tháng năm ...

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa Củ Chi

Họ và tên:

.....

...

Ngày, tháng, năm sinh:

.....

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số
hộ chiếu²:

.....

.....

Ngày cấp.....Nơi cấp:.....

Địa chỉ:

.....³

.

Điện thoại:..... Email (nếu
có):.....

Văn bằng chuyên

môn:⁴.....

Thời gian đăng ký thực

hành:.....

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị
Bệnh viện Đa khoa Củ Chi cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh,
chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tôi xin cam kết sẽ thực hiện đúng các quy định của pháp luật về việc thực hành khám
bệnh, chữa bệnh và các quy định khác có liên quan của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(Ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh.

² Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số
căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

³ Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

⁴ Ghi theo văn bằng đào tạo.