

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

GIẤY XÁC NHẬN
Thời gian thực hành tại cơ sở thực hành chuyên môn về dược

Tên cơ sở:.....

Địa chỉ:.....

Số giấy CNĐĐKKDD: ⁽¹⁾.....

Xác nhận Ông/Bà:.....

Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác:

Ngày cấp:.....Nơi cấp:.....

Thường trú tại:.....

Đã có thời gian thực hành dược tại:

Từ ngày.....đến ngày

Nội dung thực hành ⁽²⁾:.....

Tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm về xác nhận trên./.

....., ngày tháng..... năm.....

Người đại diện trước pháp luật/

Người được ủy quyền

(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))⁽³⁾

Ghi chú:

(1). Điền số giấy CNĐĐKKDD nếu là cơ sở kinh doanh dược

(2). Ghi nội dung thực hành theo quy định tại Điều 20 của Nghị định này.

(3). Đối với cơ sở thực hành là **nhà thuốc**, không phải đóng dấu vào Giấy xác nhận.