

DANH SÁCH ĐIỀU CHỈNH NGƯỜI HÀNH NGHỀ
TẠI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
(Kèm theo Văn bản sốngày.....tháng.....năm.....của.....)

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:
2. Địa chỉ:
3. Thời gian hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:
4. Danh sách điều chỉnh người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh:

a) Danh sách điều chỉnh tăng người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh:

STT	Họ và tên người hành nghề KBCB*	Số chứng chỉ hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn**	Thời gian đăng ký hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Vị trí chuyên môn (ghi cụ thể chức danh, vị trí chuyên môn được phân công đảm nhiệm)	Thông tin đăng ký hành nghề tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác (nếu có) (ghi cụ thể thời gian, địa điểm, vị trí chuyên môn của người hành nghề)
VD 1:	Nguyễn Văn A	000001/BYT-CCHN ngày 01/02/2023	Khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa ngoại	7h30 - 16h30 Từ thứ Hai đến thứ Sáu	Bác sỹ KBCB chuyên khoa ngoại- Trưởng khoa Ngoại	- Cơ sở 1: Phòng khám chuyên khoa A (địa chỉ:.....): Từ 7h30 - 16h30 ngày thứ Bảy, chủ Nhật. - Cơ sở 2: Phòng khám đa khoa B (địa chỉ:.....): Từ 17h30 - 18h30 từ thứ Hai đến thứ Sáu.
	...	...	...	...	...	

b) Danh sách điều chỉnh giảm người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh:

STT	Họ và tên người hành nghề KBCB*	Số chứng chỉ hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn**	Thời gian đăng ký hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Vị trí chuyên môn (ghi cụ thể chức danh, vị trí chuyên môn được phân công đảm nhiệm)	Thông tin đăng ký hành nghề tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác (nếu có) (ghi cụ thể thời gian, địa điểm, vị trí chuyên môn của người hành nghề)
VD 1:	Nguyễn Văn C	000001/BYT-CCHN ngày 01/02/2023	Khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa ngoại	7h30 - 16h30 Từ thứ 2 đến thứ 6	Bác sỹ KBCB chuyên khoa ngoại- Trưởng khoa Ngoại	- Cơ sở 1: Phòng khám chuyên khoa A (địa chỉ:.....): Từ 7h30 - 16h30 ngày thứ Bảy, chủ Nhật. - Cơ sở 2: Phòng khám đa khoa B (địa chỉ:.....): Từ 17h30 - 18h30 từ thứ Hai đến thứ Sáu.
	...	...	...	...	...	...

c) Danh sách điều chỉnh thông tin người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh: (Số chứng chỉ hành nghề, phạm vi hoạt động chuyên môn, thời gian đăng ký hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, vị trí chuyên môn, thông tin đăng ký hành nghề tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác)

Thông tin người hành nghề trước khi điều chỉnh							Thông tin người hành nghề sau khi điều chỉnh				
STT	Họ và tên người hành nghề KBCB*	Số chứng chỉ hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn**	Thời gian đăng ký hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Vị trí chuyên môn (ghi cụ thể chức danh, vị trí chuyên môn được phân công đảm nhiệm)	Thông tin đăng ký hành nghề tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác (nếu có) (ghi cụ thể thời gian, địa điểm, vị trí chuyên môn của người hành nghề)	Số chứng chỉ hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn**	Thời gian đăng ký hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Vị trí chuyên môn (ghi cụ thể chức danh, vị trí chuyên môn được phân công đảm nhiệm)	Thông tin đăng ký hành nghề tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác (nếu có) (ghi cụ thể thời gian, địa điểm, vị trí chuyên môn của người hành nghề)
VD1:	Nguyễn Thanh A	007432/BD-CCHN	Khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa ngoại	Từ 6h00 đến 18h30 các ngày trong tuần Từ thứ Hai đến Chủ nhật	Bác sỹ KBCB chuyên khoa ngoại-Trưởng khoa Ngoại				Từ 7h00 đến 17h30 các ngày trong tuần Từ thứ Hai đến Chủ nhật		
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

d) Thay đổi vị trí người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của khoa, phòng.....

Thông tin người chịu trách nhiệm CMKT trước khi điều chỉnh					Thông tin người chịu trách nhiệm CMKT sau khi điều chỉnh			
STT	Họ và tên	Văn bằng chuyên môn	Số chứng chỉ hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Họ và tên	Văn bằng chuyên môn	Số chứng chỉ hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn
VD1:	Nguyễn Thanh A	Bác sỹ	000001/BYT-CCHN ngày 01/02/2023	Khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa ngoại	Nguyễn Thanh B	Bác sỹ	000002/BYT-CCHN ngày 02/02/2023	Khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa ngoại

* Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh là người làm công tác chuyên môn đồng thời là công chức, viên chức hoặc có hợp đồng lao động với đơn vị
** Ghi đầy đủ chính xác phạm vi ghi trên chứng chỉ hành nghề KBCB được cấp và quyết định bổ sung phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định (nếu có)

....., ngày..... tháng năm.....
Người chịu trách nhiệm chuyên môn
kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)