**CỘNG HOÀ 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 hànhdược 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 sơ kinh doanh dược

(2) Ghi nội dung thực hành theo quy định tại Điều 20 của Nghị định 54/2017/NĐ-CP.

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