SỞ Y TẾ THÁI BÌNH

BỆNH VIỆN NHI

QUY TRÌNH

ĐÀO TẠO VÀ CẤP CHỨNG CHỈ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC TẠI BỆNH VIỆN

KÝ HIỆU : QT.CĐT.04

LẦN BAN HÀNH : 02

NGÀY BAN HÀNH : 16/11/2020

Phần phê duyệt tài liệu:

Soạn thảo	Soát xét	Phê duyệt
	TRƯỞNG PHÒNG	**PHÓ GIÁM ĐỐC**
		BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH
Phạm T. Nhu	**Phạm Thị Nhu**	**Trần Trọng Kiểm**

MỤC ĐÍCH

Quy trình này quy định thống nhất trình tự, thủ tục đào tạo và cấp chứng chỉ đào tạo liên tục tại Bệnh viện.

2. PHẠM VI ÁP DỤNG

Áp dụng đối với các hoạt động đào tạo liên tục, tập huấn,... nâng cao trình độ chuyên môn tại Bệnh viện.

3. TRÁCH NHIỆM

- Ban Lãnh đạo Bệnh viện
- Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến
- CBVC phòng CĐT
- Lãnh đạo các khoa Lâm sàng có học viên học tại khoa
- Học viên

4. KHÁI NIỆM/ CHỮ VIẾT TẮT

CĐT: Chỉ đạo tuyến

HĐKH: Hội đồng khoa học

LĐBV: Lãnh đạo bệnh viện

LS: Lâm sàng

CLS: Cân lâm sàng

5. NỘI DUNG QUY TRÌNH

5.1 Lưu đồ

TT	Trách nhiệm	Lưu đồ	Biểu mẫu
1	Phòng CĐT	Khảo sát nhu cầu đào tạo	BMT.01.CĐT.002
2	Phòng CĐT	Xây dựng kế hoạch	BMT.02.CĐT.002
3	Ban LĐBV, HĐKH	Phê duyệt	BMT.02.CĐT.002
4	Phòng CĐT	Thông báo tuyển sinh	BMT.03.CĐT.002
5	Giám đốc	Phê duyệt	BMT.04.CĐT.002 BMT.05.CĐT.002
6	Phòng CĐT	Tổ chức thực hiện	
7	Phòng CĐT; các khoa, phòng; giảng viên	Tập huấn tại bệnh viện Đào tạo cấp chứng chỉ Đi tuyến	QT.CĐT.001 QT.CĐT.002 QT.CĐT.003
8	Phòng CĐT	Liên hệ các khoa LS, CLS Liên hệ BV có nhu cầu đào tạo	BMT.11.CĐT.002 BMT.12.CĐT.002
9	Phòng CĐT, giảng viên, học viên	Kiểm tra cuối khóa Tổ chức thi lại	BMT.13.CĐT.002 BMT.14.CĐT.002
10	LĐBV, Phòng CĐT	Báo cáo kết quả	BMT.16.CĐT.002
11	LĐBV, Phòng CĐT	Cấp giấy chứng nhận, chứng chỉ đào tạo liên tục	BMT.15.CĐT.002
12	Phòng CĐT	Lưu hồ sơ	

5.2 Diễn giải lưu đồ

Bước	Trách nhiệm	Mô tả	Thời gian	Biểu mẫu
Bước 1	Phòng CĐT	Phòng CĐT Gửi công văn khảo sát nhu cầu đào tạo đối với các đơn vị y tế trong tỉnh	01 tháng	BMT.01.CĐT.002
Bước 2	Phòng CĐT	**Xây dựng kế hoạch đào tạo** Căn cứ vào nhu cầu đào tạo của các đơn vị Y tế trong tỉnh qua đợt khảo sát tuyến, phòng CĐT tổng hợp và xây dựng Kế hoạch đào tạo chỉ đạo tuyến của Bệnh viện trình Lãnh đạo BV phê duyệt	01 tháng	BMT.02.CĐT.002
Bước 3	Ban LĐBV, HĐKH	**Phê duyệt kế hoạch đào tạo** - Ban LĐBV và HĐKH phê duyệt kế hoạch đào tạo được tổng hợp xây dựng từ phòng CĐT - Nếu kế hoạch đào tạo chưa đủ các nội dung, chưa được phê duyệt thì quay lại bước 1	01 ngày	
Bước 4	Phòng CĐT	**Thông báo tuyển sinh** Dựa trên Kế hoạch đào tạo được LĐBV và HĐKH phê duyệt, phòng CĐT gửi thông báo tuyển sinh đến các cơ sở Y tế có nhu cầu đào tạo trong tỉnh	01 tuần	BMT.03.CĐT.002
Bước 5	Ban LĐBV	**Phê duyệt** - Phòng CĐT tổng hợp danh sách học viên tham gia các khóa đào tạo báo cáo LĐBV phê duyệt, tổ chức lớp đào tạo tại Bệnh viện - Phân công giảng viên giảng dạy, trợ giảng	01 tuần	BMT.04.CĐT.002 BMT.05.CĐT.002
Bước 6	Phòng CĐT	**Tổ chức đào tạo** - Phòng CĐT hướng dẫn học		BMT.07.CĐT.002 BMT.08.CĐT.002

Bước	Trách nhiệm	Mô tả	Thời gian	Biểu mẫu
		viên làm hồ sơ và các thủ tục liên quan - Phối hợp khoa LS, CLS tổ chức kiểm tra đầu vào		BMT.09.CĐT.002 BMT.10.CĐT.002
Bước 8	Phòng CĐT	**Liên hệ các khoa LS, CLS; bệnh viện có nhu cầu đào tạo** - Liên hệ, giới thiệu học viên lên khoa LS, CLS theo nhu cầu học viên. - Theo dõi, chấm công trong suốt quá trình học tập tại Bệnh viện		BMT.11.CĐT.002 BMT.12.CĐT.002
Bước 9	Phòng CĐT, học viên	**Kiểm tra cuối khóa** - Hết khóa học Học viên viết bản thu hoạch tổ chức kiểm tra cuối khóa - Các học viên có kết quả kiểm tra đạt sẽ được cấp chứng chỉ đào tạo liên tục - Các học viên có kết quả kiểm tra chưa đạt, phòng CĐT sẽ tổ chức kiểm tra lần 2		BMT.13.CĐT.002 BMT.14.CĐT.002 BMT.15.CĐT.002
Bước 10	Phòng CĐT	**Báo cáo kết quả** Phòng CĐT tổng kết khóa học và báo cáo LĐBV về kết quả đào tạo liên tục	01 tuần	BMT.16.CĐT.002
Bước 11	LĐBV, Phòng CĐT	**Cấp chứng nhận, chứng chỉ đào tạo**	01 tuần	BMT.15.CĐT.002
Bước 12	Phòng CĐT	Lưu hồ sơ		

6. LƯU HỒ SƠ

TT	Văn bản lưu	Thời gian lưu	Trách nhiệm lưu	Hình thức lưu
1.	Kế hoạch đào tạo	3 năm	Phòng CĐT	Bản giấy
2.	Danh sách học viên tham gia	3 năm	Phòng CĐT	Bản giấy
3.	Phân công Giảng viên tham gia giảng dạy	3 năm	Phòng CĐT	
4.	Thông tin học viên	3 năm	Phòng CĐT	
5.	Kết quả học tập	3 năm	Phòng CĐT	
6.	Kết quả kiểm tra cấp chứng chỉ đào tạo liên tục	3 năm	Phòng CĐT	Bản giấy
7.	Bản thu hoạch	3 năm	Phòng CĐT	Bản giấy
8.	Báo cáo kết quả đào tạo liên tục	3 năm	Phòng CĐT	Bản giấy

7. PHỤ LỤC, BIỂU MẪU

STT	Mã biểu mẫu	Tên biểu mẫu
1.	BMT.01.CĐT.002	Công văn khảo sát nhu cầu đào tạo
2.	BMT.02.CĐT.002	Kế hoạch đào tạo năm
3.	BMT.03.CĐT.002	Mẫu Thông báo tuyển sinh
4.	BMT.04.CĐT.002	Mẫu Danh sách học viên tham gia khóa học
5.	BMT.05.CĐT.002	Mẫu Phân công Giảng viên tham gia giảng dạy
6.	BMT.06.CĐT.002	Mẫu Hồ sơ đào tạo liên tục
7.	BMT.07.CĐT.002	Mẫu Đơn xin học nâng cao tay nghề
8.	BMT.08.CĐT.002	Mẫu Thông tin học viên
9.	BMT.09.CĐT.002	Kết quả học tập
10.	BMT.10.CĐT.002	Giấy học Kiểm soát nhiễm khuẩn
11.	BMT.11.CĐT.002	Mẫu Giấy giới thiệu
12.	BMT.12.CĐT.002	Bảng chấm công
13.	BMT.13.CĐT.002	Mẫu Kết quả kiểm tra cấp chứng chỉ đào tạo liên tục
14.	BMT.14.CĐT.002	Mẫu Bản thu hoạch
15.	BMT.15.CĐT.002	Mẫu Chứng chỉ đào tạo liên tục
16.	BMT.16.CĐT.002	Mẫu Báo cáo kết quả đào tạo liên tục

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

STT	Tên văn bản	Ghi chú
1	- Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ qui định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;	
2	- Thông tư số 41/2011/TT-BYT ngày 14 tháng 11 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;	
3	- Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 9 tháng 8 năm 2013 về Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế;	
4	- Thông tư số 139/2010/TT-BTC ngày 21/9/2010 của Bộ Tài chính quy định về việc lập dự toán, quản lý và sử dụng kinh phí từ nguồn ngân sách nhà nước dành cho công tác đào tạo, bồi dưỡng cán bộ, công chức;	
5	- Quyết định số 492/QĐ-BYT ngày 17/2/2012 về việc cấp mã giấy chứng nhận đào tạo liên tục cho các đơn vị tham gia công tác đào tạo liên tục cán bộ y tế;	

BMT.01.CĐT.002

SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN NHI

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

Số: /CV-BVN
V/v Khảo sát nhu cầu đào tạo năm.....

Thái Bình, ngày tháng năm 20....

Kính gửi:.....

Để nâng cao chất lượng công tác khám chữa bệnh, cấp cứu và vận chuyển cấp cứu chuyên ngành Nhi năm 20....., Bệnh viện Nhi Thái Bình đề nghị các Bệnh viện đa khoa huyện/ thành phố gửi đăng ký nhu cầu đào tạo/ CGKT năm 20..... và hoàn thành biểu mẫu giám sát thực trạng hoạt động khám chữa bệnh Nhi khoa của bệnh viện (theo mẫu gửi kèm) về phòng Chỉ đạo tuyến Bệnh viện Nhi Thái bình trước ngày ...../...../.....

Trân trọng cảm ơn./.

Nơi nhận:
- Như trên;
- Lưu: VT, CĐT.

GIÁM ĐỐC

Chi tiết xin liên hệ: **BS. Phạm Thị Nhu (Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến)**
ĐT: 0227 3643 586 – 0986 155 211.
Email: p.cdt.bvn@gmail.com

BMT.02.CĐT.002

SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN NHI

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

Số: …./KH-BVN

Thái Bình, ngày tháng năm

KẾ HOẠCH MỞ LỚP ĐÀO TẠO NĂM……

TT	Nội dung	Đối tượng tiếp nhận	Thời gian	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Khung chương trình	Tài liệu đào tạo
1																x	x
2																x	x
3																x	x
...																x	x

Nơi nhận:
-
-
-

GIÁM ĐỐC

BMT.03.CĐT.002

SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN NHI

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

Số: /TB-BVN

Thái Bình, ngày tháng năm

THÔNG BÁO TUYỂN SINH
Một số khóa đào tạo, chuyển giao kỹ thuật tại bệnh viện Nhi Thái Bình

Kính gửi: -

- Bệnh viện/trung tâm y tế huyện, thành phố;

Thực hiện Kế hoạch năm…, Bệnh viện Nhi Thái Bình xin trân trọng thông báo kế hoạch tổ chức một số khóa đào tạo, chuyển giao kỹ thuật tại Bệnh viện Nhi Thái Bình, Quý….năm…., cụ thể như sau:

1. Danh mục các khóa đào tạo, đối tượng, thời lượng đào tạo và thời gian dự kiến khai giảng Quý .../năm…. (Phụ lục kèm theo).

2. Địa điểm tổ chức: Bệnh viện Nhi Thái Bình.

3. Đối tượng tuyển sinh: Học phí: Theo Phụ lúc đính kèm. Bệnh viện Nhi Thái Bình xem xét miễn giảm học phí đối với một số trường cụ thể theo quy định của Bệnh viện.

4. Thủ tục, hồ sơ đăng kí nhập học:

a) Đối với các đơn vị cử cán bộ đi học:

b) Bệnh viện Nhi Thái Bình sẽ tổ chức rà soát, xét tuyển sinh học viên sau khi nhận được hồ sơ và triệu tập học viên đủ điều kiện tham dự các khóa học 10 ngày trước khi tổ chức khóa học.

c) Thời gian nhận hồ sơ đăng kí dự học:

d) Hồ sơ đăng kí dự học xin gửi về Phòng Chỉ đạo tuyến Bệnh viện Nhi Thái Bình

Mọi chi tiết xin liên hệ về Phòng Chỉ đạo tuyến. SĐT liên hệ:……

GIÁM ĐỐC

Nơi nhận:
- Như trên;
- Ban Lãnh đạo (để b/c);
- Lưu: VT, CĐT

BMT.04.CĐT.02

SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN NHI

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

Thái Bình, ngày tháng năm

DANH SÁCH HỌC VIÊN THAM GIA KHÓA HỌC "...."

STT	Họ và tên	Chức danh	Năm sinh	Địa chỉ	Nội dung	Thời gian
1	Nguyễn Thị A	BS	1990	BV Đa khoa Hưng Nhân	Hồi sức sơ sinh và chăm sóc sơ sinh thiết yếu	3 tháng
2	...					
3						
4						
5						
...						

GIÁM ĐỐC

BMT.05.CĐT.002

SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN NHI

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

Thái Bình, ngày tháng năm

BẢNG PHÂN CÔNG GIẢNG VIÊN THAM GIA GIẢNG DẠY

LỚP .....

STT	Thời gian	Nội dung	Giảng viên	Ghi chú
1	Tuần 1			
2	Tuần 2			
3	Tuần 3			
4	Tuần 4			
5	Tuần 5			
6	Tuần 6			
7	.....			
8				
9				

GIÁM ĐỐC

BMT.06.CĐT.002

SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN NHI

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

DANH MỤC VĂN BẢN TRONG HỒ SƠ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC
Số: ……..

Họ và tên:……...

Ngày sinh:…../…../……. Nơi sinh:…… …….

Nghề nghiệp:…… …….

Nơi công tác:……..

Đã từng theo học tại Bệnh viện Nhi Thái Bình: Có □ - Chưa □

Ngày theo học:…./…../…… Khoa đăng kí học:…….

Hồ sơ gồm có:

Nội dung	Đủ	Thiếu	Ghi chú
1. 02 ảnh thẻ 3x4 hoặc 4x6			
2. Bản photo bằng tốt nghiệp chuyên ngành/ Giấy chứng nhận tốt nghiệp tạm thời			
3. Bảng điểm công chứng			
4. Chứng minh thư công chứng			
5. Quyết định cơ quan cử đi học (nếu có)			
6. Phiếu thông tin của học viên			
7. Đơn xin học nâng cao tay nghề			
8. Bản kế hoạch học tập đã kí xác nhận của khoa phòng			
9. Phiếu thu đóng tiền học phí			
10. Bảng chấm công thời gian theo học			
11. Bản thu hoạch sau khi kết thúc khóa học			
12. Giấy xác nhận học …..(KSNK/CC/..)			
13. Bản đánh giá chất lượng đào tạo liên tục (nếu có)			
14. Bản photo chứng chỉ (để lưu hồ sơ)			
15. Đơn xin bảo lưu (nếu có)			
16. Khác			

BMT.07.CĐT.002

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

ĐƠN XIN HỌC NÂNG CAO TAY NGHỀ

Kính gửi: Ban giám đốc Bệnh viện Nhi Thái Bình
Phòng Chỉ đạo tuyến

Tên tôi là: ……..
Ngày sinh:……. Nơi sinh:…….
Nghề nghiệp:……. Trình độ chuyên môn:…….
Nơi công tác:……...
Xuất phát từ nhu cầu học tập và công tác của cá nhân, tôi xin được đăng kí học:……
Trong thời gian:…….. tuần, từ ngày …./…./…… đến ngày …../…../……..
Tôi xin cam kết:

- *Tự nguyện xin học để đáp ứng nhu cầu học tập và công tác của cá nhân*
- *Đóng kinh phí học tập theo qui định của Bệnh viện Nhi Thái Bình, tự túc hoàn toàn kinh phí cho việc ăn, nghỉ, phương tiện đi lại trong thời gian học tập tại Bệnh viện.*
- *Chấp hành nghiêm chỉnh các nội quy, quy định của Bệnh viện Nhi Thái Bình và của các khoa phòng trong Bệnh viện.*
- *Đảm bảo không để xảy ra tranh chấp lao động với đơn vị sử dụng lao động khác.*
- *Kết thúc thời gian học, nếu không đáp ứng yêu cầu công việc sẽ tự nguyện dời vị trí học việc và không có bất kì ý kiến, khiếu nại nào với Bệnh viện.*

Tôi xin chân thành cảm ơn!

Thái Bình, ngày ……. tháng ……. năm……..
Người khai
(ký và ghi rõ họ tên)

BMT.08.CĐT.002

BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH
PHÒNG CHỈ ĐẠO TUYẾN

Mã số……

THÔNG TIN HỌC VIÊN

I. Thông tin cá nhân

1. Họ và tên (in hoa):…….. Giới:…….
2. Ngày sinh:……/……../…… Nơi sinh:……..…….
3. Số CMT nhân dân:…….
4. Nghề nghiệp:……..
5. Trình độ chuyên môn (ĐH,CĐ,TC,CKI) ……..
6. Nơi công tác:……..
7. Số điện thoại liên hệ:……..

Tôi xin cam đoan những thông tin cung cấp trên đây là chính xác, đầy đủ và hoàn toàn chịu trách nhiệm nếu có sự sai lệch.

Thái Bình, ngày ….tháng … năm……..

Người khai

(ký và ghi rõ họ tên)

II. Học phí:

Thời gian học từ ngày …../…../…… đến ngày …../…../……

Tại khoa:……

Số tiền:……tháng x ……VNĐ/tháng + 50.000vnđ tiền thẻ

Tổng tiền = ……..VNĐ

Thái Bình, ngày ….tháng … năm……..

Người nhận hồ sơ

(*ký và ghi rõ họ tên)*

BMT.09.CĐT.002

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

MẪU KẾ HOẠCH HỌC TẬP

Kính gửi: - Bệnh viện Nhi Thái Bình
- Phòng Chỉ đạo tuyến
- Khoa: ……

1. Họ và tên học viên:…….....Giới:…….....
2. Ngày sinh:……/……../……Nơi sinh/ đơn vị công tác ……..……
3. Trình độ chuyên môn: ……
4. Thời gian học:……(tuần), từ ngày …../…../…… đến ngày …../…../…….
5. Nội dung học tập (yêu cầu lập được mục tiêu, kế hoạch học tập)

5.1. Mục tiêu học tập:

.....
.....
.....

5.2. Kế hoạch học tập:

.....
.....
.....

5.3. Kết quả đạt được:

.....
.....
.....

Phòng Chỉ đạo tuyến **Khoa .....** **Người lập kế hoạch**
(Ký và ghi rõ họ tên)

BMT.10.CĐT.002

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY HỌC KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN

Kính gửi: Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn
Phòng Chỉ đạo tuyến

Họ và tên (in hoa): .....Giới: Nam/ Nữ

Ngày sinh: ...../...../..... Nơi sinh:.....

Trình độ chuyên môn: .....

Nơi công tác: .....

Số điện thoại liên hệ: ..... Khoa theo học: .....

Thời gian học: ..... tuần, từ ngày ...../...../..... đến ngày ...../...../.....

Đến học tập tại khoa .....với nội dung học tập như sau:

1) Khái niệm cơ bản về nhiễm khuẩn bệnh viện và kiểm soát nhiễm khuẩn.

2) Thời điểm, quy trình kỹ thuật vệ sinh bàn tay.

3) Sử dụng một số phương tiện phòng hộ cá nhân.

4) Phân loại chất thải y tế.

Thái Bình, ngày ..... tháng ....năm.....

Đánh giá của khoa KSNK	**Đánh giá của Khoa**: (học viên học KSNK thì đánh giá của khoa ở đây là khoa nào)	**Phòng Chỉ đạo tuyến**
Đạt □ Không đạt □		
Nhận xét:.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	

BMT.11.CĐT.002

BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH
PHÒNG CHỈ ĐẠO TUYẾN

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

GIẤY GIỚI THIỆU

Kính gửi: **.....**

Phòng Chỉ đạo tuyến trân trọng giới thiệu học viên:**.....**

Nơi công tác: **.....**

Trình độ chuyên môn: **.....**

Có nguyện vọng đến học tập tại khoa/phòng trong thời gian **.....** tuần, từ ngày **..../..../.....** đến ngày **..../..../.....**

Kính đề nghị khoa/ phòng cho ý kiến về kế hoạch, thời gian học tập và tạo điều kiện để học viên hoàn thành chương trình học tập với kết quả tốt nhất.

Xin chân trọng cảm ơn!

Thái Bình, ngày ..... tháng ..... năm .....

TRƯỞNG PHÒNG

BMT.12.CĐT.02

BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH
Phòng Chỉ đạo tuyên

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

BẢNG CHẤM CÔNG HỌC VIÊN KHOA:.....

Thời gian học :.....

Họ và tên học viên :.....

Tháng	Ngày	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Sáng																															
	Chiều																															
	Tối																															
	Sáng																															
	Chiều																															
	Tối																															
	Sáng																															
	Chiều																															
	Tối																															

TRƯỞNG KHOA/ ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG
(Ký và ghi rõ họ tên)

Thái Bình, ngày ..... Tháng .... Năm.....
CÁN BỘ CHẤM CÔNG
(Ký và ghi rõ họ tên)

BMT.13.CĐT.002

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

BẢN THU HOẠCH

Kính gửi: .....

Tên tôi là :…….....

Nơi sinh :……..... Nghề nghiệp:……

Ngày sinh:.....

Nơi công tác: ….....

Tôi đã học tập tại Bệnh viện Nhi Thái Bình trong thời gian:

Từ ngày……**tháng**…...**năm**……**đến ngày** …….**tháng**…….**năm**…….

Trong thời gian học tại Bệnh viện Nhi Thái Bình tôi đã học được những vấn đề sau:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Thái Bình, ngày ..... tháng ..... năm.……

Xác nhận của lãnh đạo khoa/ phòng	**Ý kiến của người hướng dẫn** *(ghi rõ ý kiến nhận xét về bản thu hoạch của học viên)*	**Người viết thu hoạch**

BMT.14.CĐT.002

SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN NHI

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

Thái Bình, ngày tháng năm

KẾT QUẢ KIỂM TRA
CẤP CHỨNG CHỈ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

I . Hành chính:

1. Họ tên học viên :…… – Chức Danh:……
2. Ngày sinh : ……/……/…… - Nơi sinh :…… ……
3. Địa chỉ/nơi công tác:…….....
4. Tên khóa học (tên chứng chỉ)……
5. Thời gian học :

Từ ngày….. tháng……năm….. – đến ngày ……tháng……năm……..

II. Kết quả kiểm tra :

STT	Nội dung kiểm tra	Hình thức kiểm tra	Điểm kiểm tra đầu vào	Điểm kiểm tra đầu ra	Trung bình sau khóa học (LT +TH)	Tiêu chuẩn cấp chứng chỉ		Ghi chú
						Đạt	Không	
1	Lý thuyết (LT)							
2	Thực hành (TH)							

** Các hình thức kiểm tra:*
- Lý thuyết: Vấn đáp, bài kiểm tra test/ tự luận, v.v.
- Thực hành: thực hành trên bệnh nhân, thực hành trên mô hình,v.v.

Thái Bình, ngày ….tháng……năm…….

Phòng Chỉ đạo tuyến	Xác nhận chủ nhiệm Khoa/Phòng	Người tổng hợp

BMT.15.CĐT.002

SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN NHI

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

Số: ...../Mã CSĐTLT

Thái Bình, ngày tháng năm

CHỨNG CHỈ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

Chứng nhận: Ông/ Bà

Sinh ngày:

Đơn vị công tác:

Đã hoàn thành khóa học theo chương trình đào tạo liên tục (***):

Tổng số:……..tiết học (bằng chữ……..

Từ ngày……tháng……năm 20……Đến ngày…..tháng…..20…..

Nơi cấp, ngày..... tháng..... năm 20…...

PHỤ TRÁCH KHÓA HỌC	**THỦ TRƯỞNG CƠ SỞ ĐÀO TẠO**
(Ký tên, ghi rõ họ tên)	*(Ký tên đóng dấu, ghi rõ họ tên)*

Ghi chú:

Kích thước chứng chỉ hoặc giấy chứng nhận: 19 x 27cm - khổ ngang

(***) Ghi tên khóa học

BMT.16.CĐT.002

BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH
KHOA/ PHÒNG…….

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

Thái Bình, ngày tháng năm

BÁO CÁO KẾT QUẢ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

I. Tên khóa đào tạo:

II. Thời gian đào tạo (từ tháng ... năm trước đến tháng ... năm nay):

III. Số cán bộ tham gia đào tạo

III. Kết quả

1. Đạt:
2. Không đạt:
3. Các nguyên nhân và cách khắc phục

Ghi chú:

- Định kỳ báo cáo gửi về Phòng CĐT từ 15 đến 25 tháng 12 hàng năm.
- Các văn bản chuẩn bị trên font Unicode, cỡ chữ 14.