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

**PHIẾU ĐĂNG KÝ**

**Khóa Đào tạo “Kiến thức và Thực hành Dinh dưỡng lâm sàng – Tiết chế”**

**- Khóa 6/2025**

Kính gửi: Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Họ và tên: Giới tính:

Ngày tháng năm sinh: Nơi sinh:

Email:

Hiện đang công tác tại Đơn vị:

Khoa/Phòng:

Điện thoại cố định: Di động:

Địa chỉ liên hệ:

Tôi xác nhận đăng ký theo học **Khóa đào tạo** **“Kiến thức và Thực hành Dinh dưỡng lâm sàng – Tiết chế” – Khoá 6/2025** được tổ chức tại Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và cam kết sắp xếp thời gian cá nhân để tham gia đầy đủ khoá học đồng thời thực hiện đúng các quy định của khoá học.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……………, ngày … tháng … năm 20…****Người làm đơn****(Ký và ghi rõ họ tên)* |