

PHẦN VĂN BẢN QUY PHẠM PHÁP LUẬT

CHÍNH PHỦ

**Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016
quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề
và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

(Tiếp theo Công báo số 143 + 144)

Phụ lục X

*(Kèm theo Nghị định số 109/2016/NĐ-CP
ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ)*

1. Mẫu 01: Văn bản công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe.
2. Mẫu 02: Danh sách người thực hiện khám sức khỏe.
3. Mẫu 03: Phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe.

Mẫu 01

.....¹
²

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

Số: /VBCB-.....³⁴, ngày..... tháng..... năm 20.....

VĂN BẢN CÔNG BỐ**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe**

Kính gửi:.....⁵

Tên cơ sở nộp hồ sơ:.....

Địa điểm:.....⁶

Điện thoại:..... Email (nếu có):

Công bố đủ điều kiện thực hiện khám sức khỏe và gửi kèm theo văn bản này 01 bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau đây: ⁷

1. Bản sao hợp lệ Giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
2. Danh sách người tham gia khám sức khỏe
3. Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
4. Báo cáo về phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở KSK
5. Các hợp đồng hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật hợp pháp đối với trường hợp quy định tại khoản 3 Điều 11 Thông tư này.

GIÁM ĐỐC

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe

² Tên của cơ sở khám sức khỏe

³ Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe

⁴ Địa danh.

⁵ Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ quy định tại Khoản 4 Điều 45 Nghị định số...../2016/NĐ-CP ngày..... tháng..... năm 2016

⁶ Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

⁷ Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ.

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

DANH SÁCH NGƯỜI THỰC HIỆN KHÁM SỨC KHỎE

1. Tên cơ sở khám sức khỏe:.....
2. Địa chỉ:
3. Thời gian hoạt động của cơ sở khám sức khỏe:¹
4. Danh sách người thực hiện khám sức khỏe:

STT	Họ và tên	Số chứng chỉ hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Vị trí chuyên môn ²
1				
2				
...				

.....³ ..., ngày..... tháng..... năm.....

**Người chịu trách nhiệm chuyên môn
kỹ thuật của cơ sở khám sức khỏe**
(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

¹ Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần.

² Ghi cụ thể chức danh, vị trí chuyên môn được phân công đảm nhiệm.

³ Địa danh.

Mẫu 03.....¹.....**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
Độc lập - Tự do - Hạnh phúcSố: /PTN-...²........³....., ngày..... tháng..... năm 20....**PHIẾU TIẾP NHẬN****Hồ sơ công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện thực hiện**
khám sức khỏe

Họ và tên:.....

Chức vụ:.....

Đơn vị công tác:.....

Đã tiếp nhận hồ sơ công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện khám sức khỏe của.....⁴..... bao gồm:

1.⁵.....
2.
3.
4.
5.
-

....., ngày..... tháng... năm 20...

NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ*(Ký, ghi rõ chức danh, họ và tên)*

Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần:	ngày	tháng	năm	Ký nhận
Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần:	ngày	tháng	năm	Ký nhận
Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần:	ngày	tháng	năm	Ký nhận

¹ Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.² Chữ viết tắt tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.³ Địa danh.⁴ Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động.⁵ Liệt kê đầy đủ các giấy tờ có trong hồ sơ.

Phụ lục XI

*(Kèm theo Nghị định số 109/2016/NĐ-CP
ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ)*

1. Mẫu 01: Đơn đề nghị cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
2. Mẫu 02: Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. Mẫu 03: Điều lệ tổ chức và hoạt động của bệnh viện tư nhân.
4. Mẫu 04: Đơn đề nghị cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi thay đổi địa điểm.
5. Mẫu 05: Đơn đề nghị cấp giấy phép hoạt động khi thay đổi tên đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
6. Mẫu 06: Đơn đề nghị điều chỉnh nội dung giấy phép hoạt động do thay đổi quy mô, cơ cấu tổ chức hoặc phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
7. Mẫu 07: Đơn đề nghị thay đổi người chịu trách nhiệm chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
8. Mẫu 08: Đơn đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động do bị mất hoặc hư hỏng hoặc bị thu hồi.
9. Mẫu 09: Phiếu tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
10. Mẫu 10: Giấy xác nhận quá trình hành nghề.

Mẫu 01

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

.....¹....., ngày..... tháng..... năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ**Cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi:.....².....

Tên cơ sở đề nghị cấp giấy phép hoạt động:.....

Địa điểm:³.....

Điện thoại:..... Số Fax:..... Email (nếu có):.....

Thời gian làm việc hàng ngày:

(Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh) gửi kèm theo đơn này 01 bộ hồ sơ bao gồm các giấy tờ sau đây⁴:

1. Bản sao hợp lệ văn bản về việc thành lập đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh⁵:
 - Bản sao hợp lệ quyết định thành lập hoặc văn bản có tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan nhà nước có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước
 - Bản sao hợp lệ giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân
 - Bản sao hợp lệ giấy chứng nhận đầu tư đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài
2. Bản sao hợp lệ chứng chỉ hành nghề của người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật, người phụ trách bộ phận chuyên môn
3. Danh sách đăng ký người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
4. Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
5. Tài liệu chứng minh cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng điều kiện về cơ sở vật chất và điều kiện vệ sinh môi trường phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn quy định tại một trong các Điều 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 của Nghị định này
6. Điều lệ tổ chức và hoạt động đối với bệnh viện
7. Bản sao hợp lệ hợp đồng vận chuyển người bệnh đối với trường hợp bệnh viện không có phương tiện vận chuyển cấp cứu ngoài bệnh viện
8. Danh mục chuyên môn kỹ thuật và phân tuyến kỹ thuật dự kiến
9. Bản sao hợp lệ hợp đồng hỗ trợ chuyên môn đối với cơ sở dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người bệnh
10. Bản sao hợp lệ hợp đồng vận chuyển người bệnh với công ty dịch vụ hàng không trong trường hợp có cung cấp dịch vụ vận chuyển người bệnh ra nước ngoài

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp giấy phép hoạt động.

GIÁM ĐỐC

(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

¹ Địa danh.

² Tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động.

³ Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁴ Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ.

⁵ Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ tương ứng với hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**BẢN KÊ KHAI CƠ SỞ VẬT CHẤT, THIẾT BỊ Y TẾ, TỔ CHỨC
VÀ NHÂN SỰ CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

I. THÔNG TIN CHUNG:

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

2. Địa chỉ:

Điện thoại:..... Số Fax:..... Email:.....

3. Quy mô:..... giường bệnh

II. TỔ CHỨC:

1. Hình thức tổ chức¹:

2. Cơ cấu tổ chức²:

III. NHÂN SỰ:

1. Danh sách trưởng khoa, phụ trách phòng, bộ phận chuyên môn:

STT	Họ và tên	Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Tên khoa, phòng, bộ phận chuyên môn	Vị trí, chức danh được bổ nhiệm
1						
2						
...						

2. Danh sách người hành nghề:

STT	Họ và tên	Số chứng chỉ hành nghề đã được cấp	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Vị trí chuyên môn
1					
2					
...					

¹ Ghi cụ thể tên hình thức tổ chức theo quy định tại Điều 22 Nghị định số...../2016/NĐ-CP ngày..... tháng..... năm 2016

² Ghi rõ tên các khoa (khoa lâm sàng, khoa cận lâm sàng), phòng, bộ phận chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Danh sách người làm việc:

STT	Họ và tên	Văn bằng chuyên môn	Thời gian đăng ký làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (ghi cụ thể thời gian làm việc)	Vị trí làm việc ³
1				
2				
...				

IV. THIẾT BỊ Y TẾ:

STT	Tên thiết bị	Ký hiệu (MODEL)	Hãng sản xuất	Xuất xứ	Năm sản xuất	Số lượng	Tình trạng sử dụng (%)	Ghi chú
1								
2								
3								

V. CƠ SỞ VẬT CHẤT:

1. Tổng diện tích mặt bằng:
2. Tổng diện tích xây dựng:..... diện tích..... m²/giường bệnh
3. Kết cấu xây dựng nhà:
4. Diện tích xây dựng trung bình cho 01 giường bệnh (đối với bệnh viện):
5. Diện tích các khoa, phòng, buồng kỹ thuật chuyên môn, xét nghiệm, buồng bệnh:
6. Bố trí các khoa/chuyên khoa, phòng (liệt kê cụ thể):
7. Các điều kiện vệ sinh môi trường:
 - a) Xử lý nước thải:
 - b) Xử lý rác y tế, rác sinh hoạt:
8. An toàn bức xạ:
9. Hệ thống phụ trợ:
 - a) Phòng cháy chữa cháy:
 - b) Khí y tế:
 - c) Máy phát điện:
 - d) Thông tin liên lạc:
10. Cơ sở vật chất khác (nếu có):

GIÁM ĐỐC

(Ký, đóng dấu, ghi rõ họ tên)

³ Ghi cụ thể chức danh, vị trí làm việc được phân công đảm nhiệm.

Mẫu 03

.....¹.....
².....

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

.....³....., ngày..... tháng..... năm 20.....

ĐIỀU LỆ

Tổ chức và hoạt động của bệnh viện tư nhân

Chương I

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Địa vị pháp lý

Điều 2. Tên giao dịch, địa điểm hành nghề

Điều 3. Nguyên tắc hoạt động chuyên môn

Điều 4. Các tổ chức chính trị, chính trị - xã hội của Bệnh viện

Chương II

MỤC TIÊU, CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ VÀ PHẠM VI HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN

Điều 5. Mục tiêu

Điều 6. Chức năng, nhiệm vụ

Điều 7. Phạm vi hoạt động chuyên môn

Chương III

QUY MÔ, TỔ CHỨC, NHÂN SỰ

Điều 8. Quy mô bệnh viện

Điều 9. Cơ cấu tổ chức

1. Hội đồng quản trị/Hội đồng thành viên đối với bệnh viện.
2. Giám đốc, các Phó Giám đốc bệnh viện.
3. Các Hội đồng trong bệnh viện.
4. Các phòng chức năng.
5. Các khoa, bộ phận chuyên môn.

¹ Tên Công ty.

² Tên cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

³ Địa danh.

Điều 10. Nhân sự

Điều 11. Nhiệm vụ quyền hạn Giám đốc, các Phó Giám đốc bệnh viện

Điều 12. Nhiệm vụ quyền hạn của các trưởng khoa, phòng bệnh viện

Điều 13. Mối quan hệ giữa Chủ tịch Hội đồng quản trị/Chủ tịch Hội đồng thành viên của công ty với người phụ trách chuyên môn bệnh viện (Giám đốc bệnh viện)

Điều 14. Quyền lợi của người lao động

Chương IV TÀI CHÍNH CỦA BỆNH VIỆN

Điều 15. Vốn đầu tư ban đầu

Điều 16. Chế độ tài chính của bệnh viện

Điều 17. Quản lý tài sản, thiết bị

Chương V MỐI QUAN HỆ CÔNG TÁC

Điều 18. Chính quyền địa phương, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các cơ quan có liên quan khác

1. Mối quan hệ công tác với chính quyền địa phương
2. Mối quan hệ công tác với Bộ Y tế, Sở Y tế
3. Mối quan hệ công tác với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác trên địa bàn.

GIÁM ĐỐC
(Ký, ghi rõ họ tên)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**.....¹, ngày.... tháng..... năm 20.....**ĐƠN ĐỀ NGHỊ****Cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh,
chữa bệnh khi thay đổi địa điểm**Kính gửi:.....²

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:.....

Địa điểm của cơ sở khám bệnh chữa bệnh trước đây:.....

Địa điểm của cơ sở khám bệnh chữa bệnh đề nghị chuyển đến:.....

Điện thoại:..... Email (nếu có):.....

Thời gian làm việc hàng ngày:

Đề nghị được cấp giấy phép hoạt động do thay đổi địa điểm hoạt động.

(Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc công ty) gửi kèm theo đơn này 01 bộ hồ sơ bao gồm các giấy tờ sau đây³:

1. Bản gốc giấy phép hoạt động đã được cấp
2. Bản sao hợp lệ văn bản về việc thành lập đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh⁴:
 - Bản sao hợp lệ quyết định thành lập hoặc văn bản có tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan nhà nước có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước
 - Bản sao hợp lệ giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân
 - Bản sao hợp lệ giấy chứng nhận đầu tư đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài
3. Bản sao hợp lệ chứng chỉ hành nghề của người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật, người phụ trách bộ phận chuyên môn
4. Danh sách đăng ký người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
5. Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
6. Tài liệu chứng minh cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng điều kiện về cơ sở vật chất và điều kiện vệ sinh môi trường phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn quy định tại một trong các Điều 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 của Nghị định này.
7. Điều lệ tổ chức và hoạt động đối với bệnh viện
8. Bản sao hợp lệ hợp đồng vận chuyển người bệnh đối với trường hợp bệnh viện không có phương tiện vận chuyển cấp cứu ngoài bệnh viện
9. Danh mục chuyên môn kỹ thuật và phân tuyến kỹ thuật dự kiến
10. Bản sao hợp lệ hợp đồng hỗ trợ chuyên môn đối với cơ sở dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người bệnh
11. Bản sao hợp lệ hợp đồng vận chuyển người bệnh với công ty dịch vụ hàng không trong trường hợp có cung cấp dịch vụ vận chuyển người bệnh ra nước ngoài

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp lại giấy phép hoạt động.

GIÁM ĐỐC

(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

¹ Địa danh.² Cơ quan cấp giấy phép hoạt động.³ Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ.⁴ Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ tương ứng với hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Mẫu 05

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

.....¹, ngày..... tháng..... năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp giấy phép hoạt động khi thay đổi tên đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:.....²

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp trước đây:.....

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thay đổi:.....

Địa điểm:.....³

Điện thoại:..... Email (nếu có):.....

Đề nghị được cấp giấy phép hoạt động do thay đổi tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Hồ sơ bao gồm⁴:

1. Bản sao hợp lệ văn bản về việc thành lập đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh⁵:

- Bản sao hợp lệ quyết định thành lập hoặc văn bản có tên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của cơ quan nhà nước có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước

- Bản sao hợp lệ giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân

- Bản sao hợp lệ giấy chứng nhận đầu tư đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài

2. Đổi tên trong Điều lệ tổ chức và hoạt động đối với bệnh viện.

3. Bản sao hợp lệ hợp đồng với công ty dịch vụ hàng không để vận chuyển người bệnh đối với cơ sở dịch vụ cấp cứu, hỗ trợ vận chuyển người ra nước ngoài.

4. Bản sao hợp lệ hợp đồng vận chuyển người bệnh đối với bệnh viện không có phương tiện vận chuyển cấp cứu.

5. Hồ sơ pháp lý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được đổi theo tên mới.

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp lại giấy phép hoạt động.

GIÁM ĐỐC

(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

¹ Địa danh.

² Cơ quan cấp giấy phép hoạt động.

³ Địa chỉ hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁴ Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ.

⁵ Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ tương ứng với hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

.....¹....., ngày..... tháng..... năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

**Điều chỉnh nội dung giấy phép hoạt động do thay đổi quy mô
giường bệnh hoặc cơ cấu tổ chức hoặc phạm vi hoạt động chuyên môn
của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi:.....².....

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:.....

Địa điểm:.....³.....

Điện thoại:..... Email (nếu có):.....

Đề nghị điều chỉnh giấy phép hoạt động vì:⁴

Thay đổi quy mô giường bệnh

Thay đổi cơ cấu tổ chức

Thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn.

Hồ sơ bao gồm:⁵

1. Bản kê khai cơ sở vật chất, thiết bị y tế, tổ chức và nhân sự bổ sung
của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

2. Hợp đồng mua thiết bị y tế bổ sung

3. Hồ sơ nhân sự bổ sung của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

4. Phạm vi hoạt động chuyên môn dự kiến

GIÁM ĐỐC

(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

¹ Địa danh.

² Cơ quan cấp giấy phép hoạt động.

³ Địa chỉ hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁴ Đánh dấu X vào nội dung đề nghị phù hợp.

⁵ Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ.

Mẫu 07

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

.....¹, ngày..... tháng..... năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ
Thay đổi người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật
của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:.....²

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:.....

Địa điểm:.....³

Điện thoại:..... Email (nếu có):.....

Đề nghị điều chỉnh Giấy phép hoạt động vì thay đổi người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật (CMKT) của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

Hồ sơ bao gồm: ⁴

1. Quyết định bãi nhiệm người chịu trách nhiệm CMKT trước đây
2. Quyết định bổ nhiệm người chịu trách nhiệm CMKT mới
3. Bản sao hợp lệ chứng chỉ hành nghề của người chịu trách nhiệm CMKT mới
4. Hợp đồng lao động hoặc quyết định tuyển dụng người chịu trách nhiệm CMKT mới
5. Giấy xác nhận quá trình thực hành hoặc tài liệu chứng minh quá trình thực hành của người chịu trách nhiệm CMKT mới
6. Bản gốc Giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được cấp

GIÁM ĐỐC

(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

¹ Địa danh.

² Cơ quan cấp giấy phép hoạt động.

³ Địa chỉ hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁴ Đánh dấu X vào ô vuông tương ứng với những giấy tờ có trong hồ sơ.

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

.....¹....., ngày..... tháng..... năm 20.....

ĐƠN ĐỀ NGHỊ
Cấp lại giấy phép hoạt động do bị mất hoặc hư hỏng hoặc bị thu hồi

Kính gửi:.....².....

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:.....

Địa điểm:.....³.....

Điện thoại:..... Email (nếu có):.....

Giấy phép hoạt động số:..... Ngày cấp:..... Nơi cấp.....

Đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động vì lý do: ⁴

- Bị mất
- Bị hư hỏng
- Bị thu hồi theo điểm a khoản 1 Điều 48 Luật khám bệnh, chữa bệnh

Tôi xin gửi kèm theo Đơn này:

- Bản gốc Giấy phép bị hư hỏng (nếu có)

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cấp lại giấy phép hoạt động.

GIÁM ĐỐC

(Ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)

¹ Địa danh.

² Cơ quan cấp giấy phép hoạt động.

³ Địa chỉ hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

⁴ Đánh dấu X vào lý do đề nghị cấp lại.

Mẫu 09.....¹.....**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
Độc lập - Tự do - Hạnh phúcSố: /PTN-...²........³....., ngày..... tháng..... năm 20....**PHIẾU TIẾP NHẬN****Hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với**
cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Họ và tên:.....

Chức vụ:.....

Đơn vị công tác:.....

Đã tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động của
.....⁴..... bao gồm:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. ⁵ | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

Ngày hẹn cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động:

....., ngày..... tháng... năm 20...

NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ*(Ký, ghi rõ chức danh, họ và tên)*

Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần:	ngày	tháng	năm	Ký nhận
Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần:	ngày	tháng	năm	Ký nhận
Tiếp nhận hồ sơ bổ sung lần:	ngày	tháng	năm	Ký nhận

¹ Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.² Chữ viết tắt tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.³ Địa danh.⁴ Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động.⁵ Liệt kê đầy đủ các giấy tờ có trong hồ sơ.

.....¹
²

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

Số: /GXNTH

...³..., ngày..... tháng..... năm 20....

GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH HÀNH NGHỀ

.....²..... xác nhận:

Ông/bà:.....

Ngày, tháng, năm sinh:

Địa chỉ cư trú:

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số ⁴:..... Ngày cấp:..... Nơi cấp:.....

Văn bằng chuyên môn:.....⁵..... Năm tốt nghiệp:.....

đã hành nghề tại.....⁶..... và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian hành nghề: ⁷

2. Năng lực chuyên môn: ⁸

3. Đạo đức nghề nghiệp: ⁹

GIÁM ĐỐC

(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

² Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

³ Địa danh.

⁴ Hộ chiếu còn hạn sử dụng.

⁵ Ghi văn bằng của người hành nghề.

⁶ Ghi cụ thể tên khoa phòng làm việc.

⁷ Ghi cụ thể thời gian hành nghề từ ngày.... tháng... năm.... đến ngày.... tháng.... năm...

⁸ Nhận xét cụ thể về khả năng thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo chuyên khoa mà người hành nghề làm việc.

⁹ Nhận xét cụ thể về giao tiếp, ứng xử của người hành nghề đối với đồng nghiệp và người bệnh.

Phụ lục XII**MẪU GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**
(Kèm theo Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ)

..... ¹ Số:..... ² /..... ³ - GPHĐ	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM <u>Độc lập - Tự do - Hạnh phúc</u>
GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH ⁴	
Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009; Xét đề nghị của..... ⁵	
CẤP PHÉP HOẠT ĐỘNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH	
Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:..... ⁶	
Tên người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật:.....	
Số chứng chỉ hành nghề:..... Ngày cấp:..... Nơi cấp:..... ⁷	
Hình thức tổ chức:..... ⁸	
Địa điểm hành nghề:..... ⁹	
Phạm vi hoạt động chuyên môn: Thực hiện kỹ thuật chuyên môn được Bộ trưởng Bộ Y tế hoặc Giám đốc Sở Y tế phê duyệt ban hành kèm theo giấy phép hoạt động.	
Thời gian làm việc hàng ngày:.....	
..... ¹⁰, ngày.... tháng.... năm 20... CHỨC VỤ CỦA NGƯỜI KÝ (Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)	

¹ Tên cơ quan cấp giấy phép hoạt động (Bộ Y tế/ Sở Y tế).

² Số giấy phép hoạt động.

³ Chữ viết tắt theo mã ký hiệu quy định tại Mẫu 04 Phụ lục III.

⁴ Chức danh của người có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động.

⁵ Ghi rõ chức danh người đứng đầu của đơn vị được giao chức năng đầu mối cấp, cấp lại như: Cục trưởng Cục, Trưởng phòng.....

⁶ Ghi bằng chữ in hoa, cỡ chữ 14.

⁷ Áp dụng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điều 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 Nghị định số...../2016/NĐ-CP ngày..... tháng..... năm 2016.

⁸ Ghi theo đơn đề nghị cấp giấy phép hoạt động.

⁹ Địa chỉ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

¹⁰ Địa danh.

Phụ lục XIII
MẪU BIÊN BẢN THẨM ĐỊNH CẤP GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG
ĐỐI VỚI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
(Kèm theo Nghị định số 109/2016/NĐ-CP
ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ)

.....¹

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

.....², ngày..... tháng..... năm 20....

BIÊN BẢN THẨM ĐỊNH
Cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

I. THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:.....
2. Địa chỉ:.....
3. Điện thoại:..... Email (nếu có):.....
4. Fax:.....

II. THÀNH PHẦN THAM GIA

1. Thành phần đoàn thẩm định:
2. Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thẩm định:

III. CĂN CỨ PHÁP LÝ

- Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;
- Căn cứ Nghị định số /2016/NĐ-CP ngày tháng năm 2016 của Chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- Các văn bản khác có liên quan.....

IV. NỘI DUNG THẨM ĐỊNH

1. Hồ sơ pháp lý:
 Liệt kê đầy đủ các giấy tờ có liên quan đến cơ sở vật chất, nhân sự, thiết bị y tế.

Nhận xét:

.....

¹ Tên cơ quan tiến hành thẩm định.

² Địa danh.

2. Tổ chức bộ máy:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có quy mô... được tổ chức như sau:

a) Bộ phận quản lý:

- Hội đồng quản trị/Hội đồng thành viên (nếu có);
- Ban giám đốc (nếu có);
- Các phòng Kế hoạch tổng hợp, điều dưỡng, tài chính... (nếu có).

b) Bộ phận chuyên môn: Bao gồm các khoa/phòng chuyên khoa theo các hình thức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Nhận xét:

.....

3. Nhân sự:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tổng số nhân viên, trong đó nhân viên làm công việc chuyên môn

(Thạc sỹ; BSCCKII; BS và BSCCKI; dược sỹ đại học, dược sỹ trung học; điều dưỡng và kỹ thuật viên), nhân viên khác.

STT	Chức danh	Khoa khám bệnh	Khoa.....	Khoa cận lâm sàng	Khoa dược
1	Thạc sỹ				
2	BSCCKII				
...				
	Tổng số				

STT	Chức danh	Hợp đồng làm việc thường xuyên (toàn thời gian)	Hợp đồng làm việc không thường xuyên (một phần thời gian)	Tổng số
1	Thạc sỹ			
...			
	Tổng số			

Nhận xét:

.....

5. Cơ sở vật chất:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gồm số lượng nhà, số tầng hoặc số phòng với tổng diện tích sử dụng là:... m², bố trí như sau:

Nhà A (01):

Tầng 1: Diện tích..... m², gồm:

Tầng 2: Diện tích..... m², gồm:

.....

Nhà.... (....):

.....

- Hệ thống điện:
- Hệ thống cấp nước:
- Hệ thống thông tin liên lạc:
- Hệ thống phòng cháy chữa cháy:

b) Điều kiện vệ sinh môi trường:

- Hệ thống xử lý nước thải:
- Hệ thống thoát nước:
- Xử lý rác thải sinh hoạt và rác thải y tế:

Nhận xét:

.....

6. Thiết bị y tế:

Liệt kê các thiết bị y tế

Nhận xét:

.....

7. Phạm vi hoạt động chuyên môn và danh mục kỹ thuật chuyên môn:

8. Bảng giá dịch vụ y tế dự kiến.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. Kết luận.

2. Kiến nghị (nếu có).

3. Ý kiến không đồng ý với kết luận hoặc kiến nghị của Đoàn thẩm định (nếu có).

Chữ ký của các thành viên đoàn thẩm định và đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thẩm định.

Phụ lục XIV**MẪU GIẤY XÁC NHẬN CỦA ỦY BAN NHÂN DÂN CẤP XÃ
ĐỐI VỚI THỢ TRỒNG RĂNG***(Kèm theo Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ)*.....¹.....**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /GXN

...²..., ngày..... tháng..... năm 20....**GIẤY XÁC NHẬN**.....³..... xác nhận:

Ông/bà:.....

Ngày, tháng, năm sinh:

Địa chỉ thường trú: ⁴.....Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu⁵:

..... Ngày cấp..... Nơi cấp:.....

Đã làm thợ trồng răng (nha công) từ năm 1980 trở về trước trên địa bàn xã.....¹..... (kèm theo giấy tờ liên quan chứng minh việc làm nha công thực tế tại đó ⁶).

**TM. ỦY BAN NHÂN DÂN
(XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN)
CHỦ TỊCH**

*(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)*¹ Tên xã, phường, thị trấn.² Địa danh.³ Đại diện Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn.⁴ Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú.⁵ Ghi một trong ba thông tin về sổ chứng minh nhân dân hoặc sổ định danh cá nhân hoặc sổ hộ chiếu còn hạn sử dụng.⁶ Giấy cho phép hành nghề hoặc nộp thuế... (đơn không cấp giấy xác nhận khi không có các giấy tờ này).