

Phụ lục 5 (Gửi đ/c Xuyên Phòng khám)

BÁO CÁO RÀ SOÁT CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH CHƯA ĐƯỢC CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN ĐỦ ĐK HOẠT ĐỘNG
(Báo cáo đến ngày: 28/3/2024)

STT	Tên cơ sở KB, Chữa bệnh	Phụ trách chuyên môn	Số giấy phép hoạt động / ngày cấp	Số chứng chỉ hành nghề/ ngày cấp	Địa điểm hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Thời gian hành nghề (trong giờ/ ngoài giờ hành chính)	Tình trạng hoạt động (Đang hoạt động/đã chấm dứt- Lý do)	Số điện thoại liên hệ

Người lập danh sách

....., ngàytháng.....năm.....
TRƯỞNG TRẠM

Ghi chú: Chỉ báo cáo 01 lần