

Số: 1494/TB-BVTH

Hà Nội, ngày 24 tháng 8 năm 2026

THÔNG BÁO

Về việc Tuyển sinh khóa đào tạo hướng dẫn thực hành và cấp giấy xác nhận thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện Thận Hà Nội năm 2026

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/01/2023 của Quốc hội nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Luật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ bản công bố số 1377/BCB-BVTH ngày 05/08/2026 của Bệnh viện Thận Hà Nội về việc công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành;

Căn cứ Thông báo số 8269/TB-SYT ngày 13/08/2026 của Sở Y tế Hà Nội về việc công bố cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng yêu cầu là cơ sở hướng dẫn thực hành.

Bệnh viện Thận Hà Nội thông báo tuyển sinh các lớp đào tạo hướng dẫn thực hành và cấp giấy xác nhận thời gian thực hành khám bệnh, chữa bệnh như sau:

1. Đối tượng tuyển sinh thực hành:

STT	Đối tượng	Thời gian đào tạo thực hành (tháng)		Học phí/ 01 học viên	
		Chuyên môn KB, CB	Hồi sức cấp cứu	Chuyên môn KB, CB	Hồi sức cấp cứu
1	Chức danh Kỹ thuật y				
	Phạm vi hành nghề Xét nghiệm y học	05	01	7.500.000 đ /05 tháng	1.800.000 đ / 01 tháng
	Tổng cộng	06 tháng		9.300.000 đ / 06 tháng	
2	Chức danh Điều dưỡng				
	Phạm vi hành nghề Điều dưỡng	05	01	7.500.000 đ /05 tháng	1.800.000 đ / 01 tháng
	Tổng cộng	06 tháng		9.300.000 đ / 06 tháng	

2. Phân bổ thời gian đào tạo thực hành:

- Đào tạo thực hành tại Bệnh viện Thận Hà Nội: 05 tháng
- Đào tạo thực hành tại Bệnh viện Thanh Nhàn (Chuyên khoa Hồi sức Cấp cứu): 01 tháng

3. Thời gian khai giảng dự kiến: Tháng 09/2026.

4. Hình thức tuyển sinh:

4.1. Hình thức tuyển sinh: Xét tuyển

4.2. Lệ phí tuyển sinh: Miễn phí

4.3. Hồ sơ tuyển sinh:

- Học viên chuẩn bị **02 bộ hồ sơ** bao gồm các giấy tờ sau:
 - + Công văn cử đi học của cơ quan/ đơn vị công tác (nếu có);
 - + Đơn đề nghị thực hành (theo mẫu Phụ lục I đính kèm)
 - + Sơ yếu lý lịch tự thuật (theo mẫu Phụ lục II đính kèm), có đóng dấu giáp lai và có xác nhận của địa phương hoặc cơ quan công tác có thời hạn trong vòng 06 tháng
 - + Giấy khám sức khỏe theo quy định;
 - + Bản sao công chứng văn bằng tốt nghiệp Y tế và bảng điểm tốt nghiệp;
 - + Bản sao công chứng CCCD;
 - + Ảnh thẻ: 02 ảnh 03x04 (ghi rõ tên, ngày tháng năm sinh sau ảnh, ảnh chụp trong vòng 06 tháng trở lại và được đựng trong phong bì).

Tất cả giấy tờ xếp theo thứ tự trên, đựng trong túi hồ sơ A4 và ghi đầy đủ các mục theo mẫu bìa túi hồ sơ.

Lưu ý: Thí sinh không được hoàn trả hồ sơ trong mọi trường hợp.

5. Quyền lợi và trách nhiệm của học viên tham gia khóa học thực hành:

5.1. Trách nhiệm:

- Học viên cam kết sử dụng toàn bộ văn bằng, chứng chỉ là hợp lệ, hợp pháp.
- Học viên thực hiện đúng các quy định của Ngành Y tế và nội quy, quy chế của Bệnh viện Thận Hà Nội và Bệnh viện Thanh Nhàn trong thời gian thực hành.
- Học viên học tập, thực hành dưới sự giám sát, hướng dẫn của người hướng dẫn thực hành lâm sàng đảm bảo an toàn, sức khỏe cho người bệnh, người thực hành và nhân viên y tế, không làm ảnh hưởng đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh của Bệnh viện
- Học viên phải tuyệt đối tuân thủ thời gian, nội dung thực hành theo đúng quy định. Trường hợp phải dừng thực hành vì lí do thai sản, tai nạn hoặc lý do bất khả kháng, người thực hành được tạm dừng thực hành trong thời gian tối đa 12 tháng và được bảo lưu kết quả thực hành trước đó. Việc bảo lưu kết quả thực hành được thực hiện theo khoản 2 điều 4 Nghị định 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023

- Nộp học phí đầy đủ theo quy định Bệnh viện.

5.2. Quyền lợi:

- Học viên được ký Hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh với Bệnh viện theo quy định.
- Được sử dụng các phương tiện, dụng cụ, trang thiết bị của Bệnh viện để thực hành lâm sàng, cận lâm sàng và học tập dưới sự giám sát, hướng dẫn của người được phân công hướng dẫn thực hành.
- Sau khi hoàn thành khóa học, học viên được cấp giấy xác nhận quá trình thực hành theo quy định.
- Học viên có cơ hội tham gia tuyển dụng làm việc tại Bệnh viện Thận Hà Nội.

5. Thời gian và địa điểm nhận hồ sơ:

5.1. Thời gian nhận hồ sơ:

- Từ ngày 24 / 08 /2026 đến hết 11 / 09 /2026.

5.2. Địa điểm:

- Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Thận Hà Nội, số 70 Nguyễn Chí Thanh, phường Láng, Hà Nội
- Đ/c: Chủ Thị Tươi (SĐT: 0914638836), Đ/c Hồng Anh (SĐT: 0395785154)

6. Lưu ý:

- Không nhận hồ sơ qua đường bưu điện
- Học viên tự túc chỗ ăn, ở và phương tiện đi lại.

Kính đề nghị Quý đơn vị thông báo nội dung tuyển sinh này đến các cá nhân có nhu cầu đăng ký học thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện Thận Hà Nội.

Xin trân trọng thông báo.!

Nơi nhận:

- Sở Y tế Hà Nội (để báo cáo);
- Các BV ngoài công lập, BV tư nhân;
- Các trường Đại học, Cao đẳng đào tạo lĩnh vực y khoa trên địa bàn thành phố Hà Nội
- Các khoa, phòng trong Bệnh viện;
- Lưu VT, KHTH (H Anh), 04. *hu*



Phan Tùng Linh

Phụ lục I

(Kèm theo Thông báo số 1494 /TB-BVTH ngày 24 / 8 /2026
của Bệnh viện Thận Hà Nội)

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

.....¹, ngày tháng năm ...

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kính gửi:²

Họ và tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu³:

Ngày cấp.....Nơi cấp:

Địa chỉ:⁴

Điện thoại:..... Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn:⁵

Thời gian đăng ký thực hành:.....

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị.....²cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tôi xin cam kết sẽ thực hiện đúng các quy định của pháp luật về việc thực hành khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác có liên quan của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(Ký và ghi rõ họ, tên)

¹ Địa danh.

² Ghi rõ tên cơ sở đề nghị đăng ký thực hành.

³ Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

⁴ Ghi theo địa chỉ trên chứng minh nhân dân/căn cước công dân/căn cước/hộ chiếu.

⁵ Ghi theo văn bằng đào tạo.

Phụ lục II

(Kèm theo Thông báo số 1494 /TB-BVTH ngày 24 / 8 /2026
của Bệnh viện Thận Hà Nội)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Ảnh màu
04 cm x 06
cm (có đóng
dấu giáp lai
của của cơ
quan xác
nhận lý lịch)

SƠ YẾU LÝ LỊCH

TỰ THUẬT

Họ và tên:Nam, nữ:.....
Ngày, tháng, năm sinh
Nơi thường trú hiện nay:
Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá
nhân/số hộ chiếu:¹
Ngày cấp Nơi cấp:
Số điện thoại liên hệ: Nhà riêng; Di động (nếu có)
Khi cần báo tin cho ai? ở đâu?:
Số hiệu:
Ký hiệu:.....
Họ và tên:
Ngày, tháng, năm sinhTại:.....
Nguyên quán:
Nơi đăng ký thường trú hiện nay:.....
.....
Dân tộc:Tôn giáo:
Trình độ văn hóa:Ngoại ngữ:
Trình độ chuyên môn:Loại hình đào tạo:
Chuyên ngành đào tạo:.....
Nghề nghiệp:

¹ Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

Ghi chú: Trường hợp thực hiện thủ tục trên môi trường điện tử, người thực hiện thủ tục hành chính chỉ cần kê khai các thông tin: Họ và tên, ngày tháng năm sinh, số định danh cá nhân/số căn cước công dân. Trường hợp thực hiện thủ tục hành chính bằng hồ sơ giấy người hành nghề cần kê khai đầy đủ các thông tin hành chính trong đơn.

HOÀN CẢNH GIA ĐÌNH

Họ và tên bố: Tuổi..... Nghề nghiệp.....

Họ và tên mẹ: Tuổi: Nghề nghiệp.....

Họ và tên vợ hoặc chồng: Tuổi:

Nghề nghiệp:.....

Nơi làm việc:

Nơi ở hiện tại:

QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO CỦA BẢN THÂN

Từ tháng năm đến tháng năm	Chuyên ngành đào tạo	Tên cơ sở đào tạo	Văn bằng, chứng chỉ được cấp

QUÁ TRÌNH CÔNG TÁC CỦA BẢN THÂN

Từ tháng năm đến tháng năm	Làm công tác gì?	Ở đâu?	Giữ chức vụ gì?

Có thuộc các trường hợp bị cấm hành nghề theo quy định tại Điều 20 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh không?:

Ghi rõ nếu có:

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thực, nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật.

**XÁC NHẬN CỦA THỦ TRƯỞNG
CƠ QUAN/ĐƠN VỊ CÔNG TÁC²**

....., ngày.... tháng... năm...

NGƯỜI KHAI
(Ký và ghi rõ họ tên)

² Trường hợp người đề nghị đang không làm việc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào thì không phải xác nhận nội dung này.