

Số: /SYT-HNYD
V/v nộp hồ sơ đề nghị cấp
CCHND, xác nhận thời gian thực
hành chuyên môn về dược và báo
cáo danh sách người có CCHND
tại các cơ sở kinh doanh dược

Thanh Hóa, ngày tháng 7 năm 2025

Kính gửi:

- Các cơ sở kinh doanh dược trên địa bàn tỉnh;
- Các cá nhân có nhu cầu cấp Chứng chỉ hành nghề dược.

Trong thời gian vừa qua, Sở Y tế đã ban hành nhiều văn bản hướng dẫn các cơ sở xác nhận thời gian thực hành chuyên môn về dược và hồ sơ đề nghị cấp Chứng chỉ hành nghề dược (CCHND). Tuy nhiên, kể từ ngày 01/7/2025: Luật số 44/2024/QH15 Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật dược; Nghị định số 163/2025/NĐ-CP quy định chi tiết một số điều và biện pháp để tổ chức, hướng dẫn thi hành Luật dược; Thông tư số 31/2025/TT-BYT quy định chi tiết một số điều của Luật dược và Nghị định số 163/2025/NĐ-CP ngày 29/6/2025 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp để tổ chức, hướng dẫn thi hành Luật dược có hiệu lực, theo đó một số nội dung về xác nhận thực hành chuyên môn về dược và hồ sơ đề nghị cấp CCHND đã được sửa đổi, do đó Sở Y tế hướng dẫn các cơ sở kinh doanh dược, các tổ chức, cá nhân có nhu cầu cấp CCHND thực hiện một số nội dung sau:

I. Việc nộp hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh nội dung CCHND và xác nhận thời gian thực hành chuyên môn về dược

1. Đối với các tổ chức, cá nhân có nhu cầu đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh nội dung CCHND, đề nghị nghiên cứu kỹ các quy định tại Mục 1 Chương III Luật Dược năm 2016; Điều 1 Luật số 44/2024/QH15; Mục 1 Chương II Nghị định số 163/2025/NĐ-CP và nộp hồ sơ đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh nội dung CCHND về Sở Y tế qua Trung tâm Phục vụ hành chính công của tỉnh hoặc qua Cổng dịch vụ công Quốc gia, địa chỉ: <https://dichvucong.gov.vn>. Mẫu đơn đề nghị cấp, cấp lại, điều chỉnh nội dung CCHND và mẫu Giấy xác nhận thời gian thực hành chuyên môn về dược theo **Mẫu số 01, Mẫu số 02, Mẫu số 03, Mẫu số 04** đính kèm Công văn này.

2. Các cơ sở đủ điều kiện xác nhận thời gian thực hành chuyên môn về dược theo quy định của pháp luật chỉ được xác nhận thời gian thực hành cho các cá nhân có tham gia thực hành chuyên môn tại cơ sở; nội dung xác nhận thực hành phải phù hợp với phạm vi hoạt động của cơ sở, công việc thực tế của cá nhân khi thực hành tại cơ sở và đúng theo quy định tại Điều 14 Nghị định số 163/2025/NĐ-CP. Các cơ sở chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật về các nội dung trong Giấy xác nhận thời gian thực hành chuyên môn về dược của cơ sở mình. Sở Y tế

sẽ kiểm tra, xác minh, trường hợp cơ sở xác nhận không đúng quy định sẽ bị xử lý nghiêm theo quy định của pháp luật.

II. Việc báo cáo danh sách người có CCHND tại cơ sở kinh doanh dược

1. Theo quy định tại Điều 2 Chương II Thông tư số 31/2025/TT-BYT ngày 01/7/2025 của Bộ Y tế

- Cơ sở kinh doanh dược, trừ nhà thuốc thuộc chuỗi nhà thuốc gửi thông báo trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính hoặc trực tuyến đến cơ quan chuyên môn về y tế thuộc UBND cấp tỉnh (Sở Y tế) nơi cơ sở kinh doanh dược hoạt động danh sách người có CCHND đang hành nghề dược tại cơ sở trong thời hạn 15 (mười lăm) ngày kể từ ngày được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược hoặc có sự thay đổi về người được cấp CCHND đang hành nghề dược tại cơ sở (theo Mẫu số 05 đính kèm Công văn này).

- Cơ sở tổ chức chuỗi nhà thuốc gửi thông báo trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính hoặc trực tuyến đến cơ quan chuyên môn về y tế thuộc UBND cấp tỉnh nơi có nhà thuốc thuộc chuỗi nhà thuốc đang hoạt động danh sách người có CCHND đang hành nghề dược tại các nhà thuốc thuộc chuỗi nhà thuốc trong thời hạn 15 (mười lăm) ngày kể từ ngày được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược hoặc có sự thay đổi về người được cấp CCHND đang hành nghề dược tại cơ sở (theo Mẫu số 05 đính kèm Công văn này).

2. Theo quy định tại Điều 3 Chương II Thông tư số 31/2025/TT-BYT ngày 01/7/2025 của Bộ Y tế

- Khi có thay đổi nhà thuốc trong chuỗi nhà thuốc: Tối thiểu 07 (bảy) ngày làm việc trước khi bổ sung thêm hoặc loại bỏ nhà thuốc ra khỏi chuỗi nhà thuốc, cơ sở tổ chức chuỗi nhà thuốc phải gửi thông báo trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính hoặc trực tuyến tới Bộ Y tế và cơ quan chuyên môn về y tế thuộc UBND cấp tỉnh (Sở Y tế) nơi có nhà thuốc được bổ sung thêm vào hoặc loại bỏ ra khỏi chuỗi nhà thuốc (Mẫu số 06 đính kèm công văn này).

- Khi có luân chuyển người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược giữa các nhà thuốc trong chuỗi nhà thuốc: Tối thiểu 07 (bảy) ngày làm việc trước khi thực hiện việc luân chuyển, cơ sở tổ chức chuỗi nhà thuốc phải gửi thông báo trực tiếp hoặc qua dịch vụ bưu chính hoặc trực tuyến kèm theo tập tin điện tử tới cơ quan chuyên môn về y tế thuộc UBND cấp tỉnh (Sở Y tế) nơi nhà thuốc có hoạt động luân chuyển (Mẫu số 07 đính kèm công văn này).

Nhận được Công văn này đề nghị các cơ sở nghiên cứu và nghiêm túc thực hiện. Trường hợp tổ chức, cá nhân vi phạm sẽ bị xử lý nghiêm theo quy định./.

Nơi nhận:

- Như trên (thực hiện);
- Giám đốc Sở Y tế (báo cáo);
- Phòng Nghiệp vụ Y- Dược (p/h);
- Website Sở Y tế, Fanpage SYT (đăng tải);
- Lưu VT, HNYD₍₀₁₎.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Đỗ Thái Hòa

Mẫu số 01. Đơn đề nghị cấp Chứng chỉ hành nghề được

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp chứng chỉ hành nghề được

Kính gửi: Sở Y tế Thanh Hóa

1. Họ và tên:
 2. Ngày, tháng, năm sinh:
 3. Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú:
 4. Chỗ ở hiện nay:
 5. Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác:
 - Ngày cấp: Nơi cấp:
 6. Điện thoại: Email (nếu có):
 7. Văn bằng chuyên môn:
 8. Đã có thời gian thực hành tại cơ sở được:
 Từ ngày đến ngày Tại
 Nội dung thực hành:
- Người đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề được thuộc trường hợp sau:

☐	Người đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề được lần đầu	☐
☐	Người đã được cấp chứng chỉ hành nghề được nhưng chứng chỉ hành nghề được bị thu hồi theo quy định	☐

Đề nghị cấp Chứng chỉ hành nghề được theo hình thức:

Xét hồ sơ: ☐

Thi: ☐

Đăng ký phạm vi hành nghề chuyên môn sau: ⁽³⁾

.....

(Liệt kê các vị trí công việc mà cá nhân đề nghị và đáp ứng điều kiện theo quy định tại Mục 1 Chương III của Luật được 2016)

Người đề nghị cấp Chứng chỉ hành nghề được biết Tiếng việt thành thạo:

Có ☐

Không ☐ (Ngôn ngữ đăng ký sử dụng:.....)

Tôi cam kết có người phiên dịch trong khi hành nghề được⁽⁴⁾

Sau khi nghiên cứu Luật Được và các quy định khác về hành nghề được, tôi xin cam đoan thực hiện nghiêm túc và đầy đủ các quy định hiện hành của Luật Được và các văn bản quy phạm pháp luật về được có liên quan. Nếu vi phạm tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật.

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp chứng chỉ hành nghề được cho tôi.

...⁽²⁾..., ngày tháng năm

Người làm đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

Ghi chú: ⁽¹⁾ Tên cơ quan cấp CCHND.

⁽²⁾ Tên địa danh.

⁽³⁾ Các vị trí hành nghề theo quy định từ Điều 15 đến Điều 22 của Luật Được

⁽⁴⁾ Chỉ cam kết trong trường hợp không biết Tiếng Việt thành thạo

Mẫu số 02. Giấy xác nhận thời gian thực hành tại cơ sở thực hành chuyên môn về được

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

GIẤY XÁC NHẬN
Thời gian thực hành tại cơ sở thực hành chuyên môn về được

Tên cơ sở: Địa chỉ:.....;
Số điện thoại:.....
Số Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh được.....⁽¹⁾
Xác nhận Ông/Bà
.....
Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác:
Ngày cấp:..... Nơi cấp:
Thường trú tại
Đã có thời gian thực hành được tại:
.....
Từ ngày đến ngày
Nội dung thực hành: ⁽²⁾
Tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm về xác nhận trên./.

....., ngày tháng năm

Người đại diện trước pháp luật/người được ủy quyền

(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))⁽³⁾

Ghi chú:

⁽¹⁾ Điền số giấy CNĐKKDD nếu là cơ sở kinh doanh được

⁽²⁾ Ghi nội dung thực hành theo quy định tại Điều 14 của Nghị định số 163/2025/NĐ-CP

⁽³⁾ Đối với cơ sở thực hành không có con dấu, không phải đóng dấu vào Giấy xác nhận

Mẫu số 03. Đơn đề nghị cấp lại Chứng chỉ hành nghề được

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ
Cấp lại Chứng chỉ hành nghề được

Kính gửi:⁽¹⁾

1. Họ và tên:
2. Ngày, tháng, năm sinh:
3. Chỗ ở hiện nay:
4. Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú:
5. Số Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác:

Ngày cấp: Nơi cấp:

6. Điện thoại: Email (nếu có):

7. Văn bằng chuyên môn:

Đã được cấp Chứng chỉ hành nghề được số: ngày

Theo hình thức: Xét hồ sơ ☐ Thi ☐

8. Phạm vi hành nghề đã được cấp:

(1)

(2)

9. Tên và địa chỉ của cơ sở được:

10. Vị trí đang hành nghề (nếu đang hành nghề)

11. Lý do (mất, hư hỏng):

☐ Tôi xin cam kết về tính xác thực của việc mất Chứng chỉ hành nghề được đồng thời không sử dụng Chứng chỉ hành nghề được đã mất để hành nghề ⁽²⁾.

Sau khi nghiên cứu Luật được và các quy định khác về hành nghề được, tôi xin cam đoan thực hiện nghiêm túc và đầy đủ các quy định hiện hành của Luật được và các văn bản quy phạm pháp luật về được có liên quan. Nếu vi phạm tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật.

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp lại chứng chỉ hành nghề được cho tôi.

.....⁽³⁾., ngày tháng năm

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

⁽¹⁾ Tên cơ quan cấp CCHND.

⁽²⁾Đánh dấu vào ô vuông trong trường hợp cấp lại CCHND với lý do bị mất CCHND.

⁽³⁾Tên địa danh.

Mẫu số 04. Đơn đề nghị điều chỉnh Chứng chỉ hành nghề được

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Điều chỉnh nội dung Chứng chỉ hành nghề được

Kính gửi:⁽¹⁾.....

1. Họ và tên:
2. Ngày, tháng, năm sinh:
3. Chỗ ở hiện nay:
4. Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú:
5. Số Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác:
Ngày cấp: Nơi cấp:
6. Điện thoại: Email (nếu có):
7. Văn bằng chuyên môn:
- Đã được cấp Chứng chỉ hành nghề được số: ngày
8. Hình thức cấp: Xét hồ sơ ☐ Thi ☐
9. Phạm vi hành nghề đã được cấp:
10. Vị trí công việc và cơ sở đang hành nghề (nếu có)
11. Nội dung xin điều chỉnh:

Sau khi nghiên cứu Luật được và các quy định khác về hành nghề được, tôi xin cam đoan thực hiện nghiêm túc và đầy đủ các quy định hiện hành của Luật được và các văn bản quy phạm pháp luật về được có liên quan. Nếu vi phạm tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật.

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và điều chỉnh nội dung chứng chỉ hành nghề được cho tôi.

.....⁽²⁾., ngày.... tháng năm ...

Người làm đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ghi chú:

⁽¹⁾ Ghi tên Cơ quan cấp CCHND

⁽²⁾ Tên địa danh.

Mẫu số 05. Danh sách người có CCHND đang hành nghề được tại cơ sở

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

DANH SÁCH NGƯỜI CÓ CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ ĐƯỢC

Kính gửi: Sở Y tế Thanh Hóa

1. Tên cơ sở kinh doanh được:.....

Số Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh được, ngày cấp:.....

2. Địa chỉ:.....

3. Thời gian hoạt động của cơ sở kinh doanh được⁽¹⁾.....

4. Danh sách người có Chứng chỉ hành nghề hiện đang hành nghề tại cơ sở (đối với cơ sở mới được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh được) và danh sách người hành nghề được bổ sung thêm (đối với cơ sở đã có thông báo nhưng bổ sung thêm)⁽²⁾

STT	Họ và tên người hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Số Chứng chỉ hành nghề đã được cấp, ngày cấp, nơi cấp	Thời gian hành nghề tại cơ sở kinh doanh được	Vị trí chuyên môn

5. Danh sách người có Chứng chỉ hành nghề không tiếp tục hành nghề tại cơ sở:

STT	Họ và tên người hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Số Chứng chỉ hành nghề đã được cấp, ngày cấp, nơi cấp	Thời gian ngừng hành nghề tại cơ sở kinh doanh được	Vị trí chuyên môn

Cơ sở cam kết và hoàn toàn chịu trách nhiệm về tính chính xác của các thông tin đã cung cấp.

(Địa danh), ngày..... tháng .. năm.....

Người đứng đầu cơ sở kinh doanh được

(ký và ghi rõ họ, tên)

Ghi chú:

⁽¹⁾ Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần;

⁽²⁾ Trường hợp đã có thông báo nhưng bổ sung thêm người hành nghề, cơ sở chỉ liệt kê danh sách người được bổ sung.

Văn bản sử dụng phông chữ tiếng Việt, kiểu chữ Times New Roman, bộ mã ký tự Unicode theo Tiêu chuẩn Việt Nam [TCVN 6909:2001](#).

Mẫu số 06. Danh sách nhà thuốc được bổ sung thêm vào chuỗi nhà thuốc / loại khỏi chuỗi nhà thuốc

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

**DANH SÁCH NHÀ THUỐC ĐƯỢC BỔ SUNG THÊM
VÀO CHUỖI NHÀ THUỐC / LOẠI KHỎI CHUỖI NHÀ THUỐC**

Kính gửi: Sở Y tế Thanh Hóa

1. Tên cơ sở tổ chức chuỗi nhà thuốc:.....
2. Địa chỉ:.....
3. Danh sách các nhà danh sách nhà thuốc nhà thuốc được bổ sung thêm vào chuỗi nhà thuốc / loại khỏi chuỗi nhà thuốc

STT	Tên chuỗi nhà thuốc	Tên nhà thuốc được bổ sung thêm vào chuỗi nhà thuốc / loại khỏi chuỗi nhà thuốc	Địa chỉ nhà thuốc	Số Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược của nhà thuốc	Thời điểm thêm vào chuỗi/loại khỏi chuỗi
1					
2					
...					

Cơ sở cam kết và hoàn toàn chịu trách nhiệm về tính chính xác của các thông tin đã cung cấp.

(Địa danh), ngày... tháng ... năm.....

**Người đứng đầu cơ sở
tổ chức chuỗi nhà thuốc**
(ký và ghi rõ họ, tên)

Ghi chú: Văn bản sử dụng phông chữ tiếng Việt, kiểu chữ Times New Roman, bộ mã ký tự Unicode theo Tiêu chuẩn Việt Nam [TCVN 6909:2001](#).

Mẫu số 07. Danh sách người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược luân chuyển giữa các nhà thuốc thuộc chuỗi nhà thuốc

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

**DANH SÁCH NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM CHUYÊN MÔN VỀ DƯỢC
LUÂN CHUYỂN GIỮA CÁC NHÀ THUỐC THUỘC CHUỖI NHÀ
THUỐC**

Kính gửi: Sở Y tế Thanh Hóa

1. Tên cơ sở tổ chức chuỗi nhà thuốc:.....
2. Địa chỉ:.....
3. Danh sách người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược luân chuyển giữa các nhà thuốc thuộc chuỗi nhà thuốc:

STT	Tên người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược, số Chứng chỉ hành nghề dược	Nhà thuốc trước khi luân chuyển		Nhà thuốc sau khi luân chuyển		Thời điểm luân chuyển
		Tên, địa chỉ	Số Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược	Tên, địa chỉ	Số Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược	
1						
2						
...						

Cơ sở cam kết và hoàn toàn chịu trách nhiệm về tính chính xác của các thông tin đã cung cấp.

(Địa danh), ngày... tháng ... năm.....

Người đứng đầu
cơ sở tổ chức chuỗi nhà thuốc
(ký và ghi rõ họ, tên)

Ghi chú:

Văn bản sử dụng phông chữ tiếng Việt, kiểu chữ Times New Roman, bộ mã ký tự Unicode theo Tiêu chuẩn Việt Nam [TCVN 6909:2001](#).