

UBND TỈNH THÁI NGUYÊN
SỞ KHOA HỌC VÀ CÔNG NGHỆ



HỒ SƠ MẪU
THỦ TỤC HÀNH CHÍNH:
CẤP CHỨNG CHỈ NHÂN VIÊN BỨC XẠ

Thái Nguyên, năm 2022

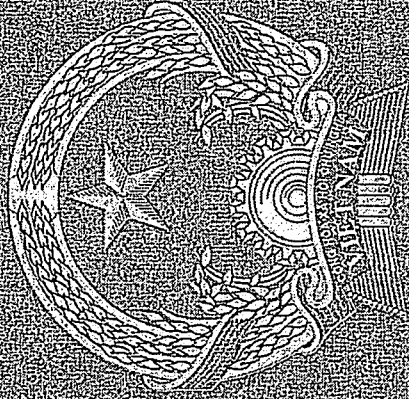
DANH MỤC

I. THÀNH PHẦN HỒ SƠ

STT	Tên giấy tờ	Số lượng	Loại giấy tờ
1	Đơn đề nghị cấp Chứng chỉ nhân viên bức xạ theo Mẫu số 05 Phụ lục IV của Nghị định số 142/2020/NĐ-CP ngày 09/12/2020	01	Bản chính
2	Văn bằng, chứng chỉ chuyên môn phù hợp với công việc đảm nhiệm	01	Bản sao
3	Giấy Giấy chứng nhận đào tạo an toàn bức xạ	01	Bản sao
4	Phiếu khám sức khỏe tại cơ sở y tế từ cấp huyện trở lên được cấp không quá 06 tháng tính đến thời điểm nộp hồ sơ đề nghị cấp chứng chỉ nhân viên bức xạ	01	Bản chính
5	03 ảnh cỡ 3 cm x 4 cm trong trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp hoặc qua bưu điện; tệp tin ảnh cỡ 3 cm x 4 cm trong trường hợp nộp hồ sơ trực tuyến	- 03 ảnh trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp hoặc qua bưu điện - Tệp tin trường hợp nộp hồ sơ trực tuyến	ảnh cỡ 3 cm x 4 cm

II. GIẤY TIẾP NHẬN HỒ SƠ VÀ MẪU GIẤY TRẢ KẾT QUẢ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM



BẢNG TỐT NGHIỆP ĐẠI HỌC

MẪU

THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

RECTOR

HIỆU TRƯỞNG

UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY - THAI NGUYEN UNIVERSITY

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

Confers

Cấp

THE DEGREE OF BACHELOR

BẰNG TỐT NGHIỆP ĐẠI HỌC

DANH HIỆU: *Bằng Bác sĩ*

Upon: Mr (Ms) *Do* [REDACTED]

Cho: *Đỗ* [REDACTED]

Born on: *12/1* [REDACTED]

Giới tính: *Nữ*

Major in: *General Medicine*

Ngày, tháng, năm sinh: *12/* [REDACTED]

Ranking: *Credit*

Ngành đào tạo: *Y đa khoa*

Mode of Study: *Full - time*

Xếp loại tốt nghiệp: *Khá*

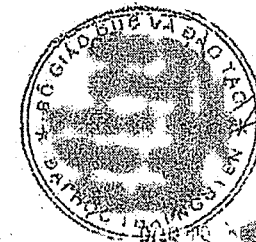
Hình thức đào tạo: *Chính quy*

CHỨNG THỰC BẢN SAO ĐÚNG VỚI BẢN CHÍNH
NGÀY *06-09-2022*
SỐ CHỨNG THỰC *799* QUYỀN SỐ *1* SCT/BS

Thái Nguyên, ngày 06 tháng 07 năm 2012
HIỆU TRƯỞNG



UBND PHƯƠNG TRUNG THÀNH
KT, CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH



Trước [REDACTED]

Số hiệu: [REDACTED]

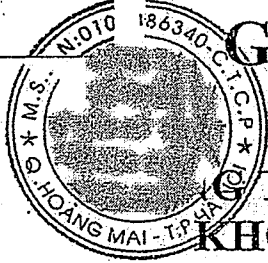
Số vào sổ cấp bằng: [REDACTED]

Serial number: [REDACTED]

Reference number: [REDACTED]

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

MẪU



GIẤY CHỨNG NHẬN

CÔNG TY CỔ PHẦN TƯ VẤN KỸ THUẬT
KHOA HỌC ([REDACTED])

Chứng nhận

Ông/ Bà: **ĐỖ** [REDACTED]

Phòng Khám Nha Khoa [REDACTED]

Đã tham gia và hoàn thành chương trình đào tạo:

An toàn bức xạ cho nhân viên bức xạ trong X-quang chẩn đoán y tế

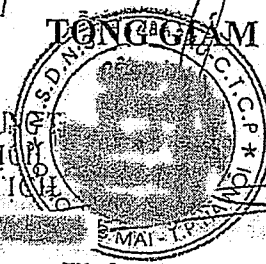
Tổ chức tại sở Khoa học và Công nghệ tỉnh Vĩnh Phúc

Từ ngày [REDACTED] đến ngày [REDACTED]

CHỨNG THỰC BẢN SAO ĐÚNG VỚI BẢN CHÍNH
NGÀY 06-09-2022
SỐ CHỨNG THỰC 7996 QUYỂN SỐ 1/ Hà Nội, Ngày 18 tháng 07 năm 2022



TRƯỞNG PHÒNG TRUNG
KT. CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH
TRƯỞNG [REDACTED]

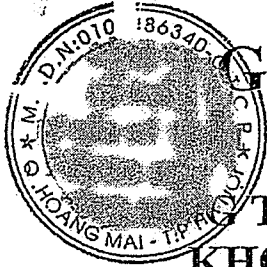


TỔNG GIÁM ĐỐC
Hoàng [REDACTED]

Số: [REDACTED]
Thời hạn đào tạo nhắc lại trước ngày: [REDACTED]

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

MẪU



GIẤY CHỨNG NHẬN

TY CỔ PHẦN TƯ VẤN KỸ THUẬT
KHOA HỌC CÔNG NGHỆ - STEC

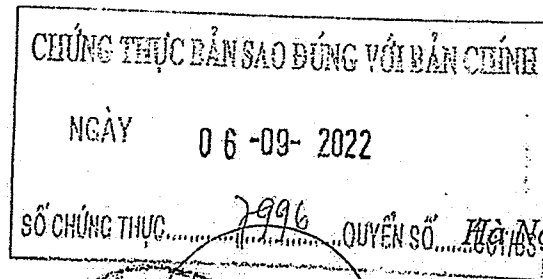
Chứng nhận

Ông/ Bà: [REDACTED]

Phòng Khám Nha [REDACTED] nh

Đã tham gia và hoàn thành chương trình đào tạo:
An toàn bức xạ bổ sung cho người phụ trách an toàn
Tổ chức tại sở Khoa học và Công nghệ tỉnh Vĩnh Phúc

Từ ngày [REDACTED] đến ngày [REDACTED]



Hà Nội, Ngày 18 tháng 07 năm 2022



UBND [REDACTED] TRUNG
KT. CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH

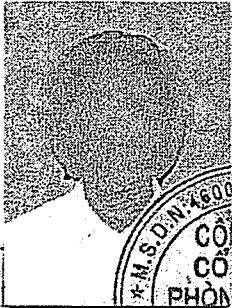
Trưởng [REDACTED] Hoàng [REDACTED]

Số: [REDACTED] TEC

Thời hạn đào tạo nhắc lại trước ngày: [REDACTED]

Số: ... /GKSK

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



Họ và tên (chữ in hoa): ...
 Giới: Nam Nữ Tuổi: ...
 Số CMND hoặc Hộ chiếu: ... Cấp ngày: ...
 tại: Cục Cảnh sát ...
 Chỗ ở hiện tại: ... Thái Nguyên
 Khám sức khỏe: ...

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không ; b) Có ; Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh: ...

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không ; b) Có

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh: ...

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều ... ngày ... tháng ... năm ...
 khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.
 Người đề nghị khám sức khỏe
 (Ký và ghi rõ họ, tên)

I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: 156 cm; Cân nặng: 48 kg; Chỉ số BMI:

Mạch: 76 lần/phút; Huyết áp: 110 / 70 mmHg

Phân loại thể lực: I

II. KHÁM LÂM SÀNG

1. Nội khoa

a. Tuần hoàn:

Phân loại sức khỏe: I Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]

b. Hô hấp:

Phân loại sức khỏe: I Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]

c. Tiêu hóa:

Phân loại sức khỏe: I Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]

d. Thận - Tiết niệu:

Phân loại sức khỏe: I Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]

đ. Cơ - Xương - Khớp:

Phân loại sức khỏe: I Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]

e. Thần kinh:

Phân loại sức khỏe: I Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]

g. Tâm thần:

Phân loại sức khỏe: I Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]



2. Ngoại khoa: _____

Phân loại sức khỏe: 0 Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]

3. Da liễu: _____

Phân loại sức khỏe: 1 Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]

4. Sản phụ khoa: _____

Phân loại sức khỏe: _____ Họ tên bác sĩ khám: _____ Chữ ký: _____

5. Mắt:

Kết quả khám thị lực:

Không kính: Mắt phải: 10/10 Mắt trái: 10/10

Có kính : Mắt phải: _____ Mắt trái: _____

Các bệnh về mắt (nếu có): không

Phân loại sức khỏe: 0 Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]

6. Tai – Mũi - Họng:

Kết quả khám thính lực:

Tai trái: nói thường: 5 m; nói thầm: 0.5 m

Tai phải: nói thường: _____ m; nói thầm: _____ m

Các bệnh về Tai – Mũi - Họng (nếu có): không

Phân loại sức khỏe: 0 Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]

7. Răng – Hàm – Mặt:

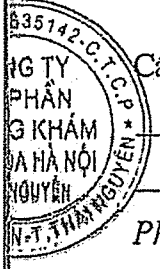
Kết quả khám:

Hàm trên: [Signature]

Hàm dưới: _____

Các bệnh về Răng – Hàm – Mặt (nếu có): không

Phân loại sức khỏe: 0 Họ tên bác sĩ khám: BS. [Redacted] Chữ ký: [Signature]



III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

MẪU

1. Xét nghiệm máu:

a) Công thức máu:

+ Số lượng HC: 14-16
+ Số lượng Bạch cầu: 5-2
+ Số lượng Tiểu cầu: 268

b) Sinh hóa máu: Đường máu: 5.2

Urê: 4.8 creatinin: 69
ASAT (GOT): 21 ALAT (GPT): 22

c) Khác (nếu có)

2. Xét nghiệm nước tiểu:

a) Đường:
b) Protein:
c) Khác (nếu có)

ÂM TÍNH

Họ tên Bác sỹ: Bs. Đỗ Ký tên: [Signature]

3. Chẩn đoán hình ảnh: [Handwritten]

Họ tên Bác sỹ: BS. Ký tên: [Signature]

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe: [Handwritten]

2. Các bệnh, tật (nếu có):

21, ngày tháng năm 2022

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký chi họ, tên và đóng dấu)



BS. [Redacted]

Số: ██████████ /Q

Thái Nguyên, Ngày ████████ tháng ████████ năm 2022

GIẤY TIẾP NHẬN HỒ SƠ VÀ HẸN TRẢ KẾT QUẢ

Mã hồ sơ: 000.00.(██████████) /11

(Liên 1: Lưu)

Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả

Tiếp nhận hồ sơ của: ██████████

Địa chỉ: Phường ██████████, Quận ██████████, Tỉnh Thái Nguyên

Số điện thoại: ██████████ Email: ██████████ 981@gmail.com

Nội dung yêu cầu giải quyết: Thủ tục cấp chứng chỉ nhân viên bức xạ (đối với người phụ trách an toàn cơ sở X-quang chẩn đoán trong y tế).

Thành phần hồ sơ nộp gồm:

TT	Danh mục hồ sơ	Số lượng
1	03 ảnh cỡ 3 cm x 4 cm trong trường hợp nộp hồ sơ trực tiếp hoặc qua bưu điện; tệp tin ảnh cỡ 3 cm x 4 cm trong trường hợp nộp hồ sơ trực tuyến	1
2	Phiếu khám sức khỏe tại cơ sở y tế từ cấp huyện trở lên được cấp không quá 06 tháng tính đến thời điểm nộp hồ sơ đề nghị cấp chứng chỉ nhân viên bức xạ	1
3	Giấy Giấy chứng nhận đào tạo an toàn bức xạ	1
4	Bản sao văn bằng, chứng chỉ chuyên môn phù hợp với công việc đảm nhiệm	1
5	Đơn đề nghị cấp Chứng chỉ nhân viên bức xạ	1
6	Chứng chỉ nhân viên bức xạ.	1

Nội dung tài liệu khác:

Số lượng hồ sơ: (bộ)

Thời gian giải quyết hồ sơ theo quy định là: 15 ngày

Thời gian nhận hồ sơ: 11: (██████████) /2022

Thời gian trả kết quả giải quyết hồ sơ: 00: (██████████) /2022

Đăng ký nhận kết quả tại: Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả

Vào sổ theo dõi hồ sơ, Quyển số:

Số bộ hồ sơ:

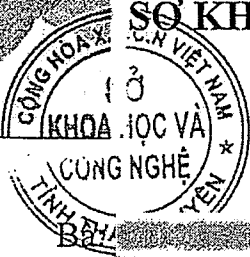
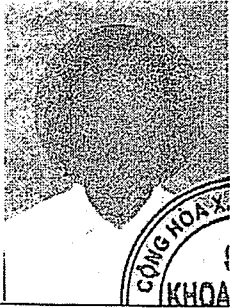
NGƯỜI NỘP HỒ SƠ
(Ký và ghi rõ họ tên)NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ
(Ký và ghi rõ họ tên)

██████████

██████████

MẪU

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



CHỨNG CHỈ NHÂN VIÊN BỨC XẠ
SỞ KHOA HỌC VÀ CÔNG NGHỆ TỈNH THÁI NGUYÊN

Chứng nhận:

Ngày sinh: 12/

Số CMND/CCCD/HC:

Cấp ngày:

Cơ quan cấp: Cục Cảnh sát Quản lý Hành chính về Trật tự xã hội.

Địa chỉ liên lạc: Hộ kinh doanh (Phòng khám nha),
 , thành phố Thái
Nguyên, tỉnh Thái Nguyên.

Đủ điều kiện đảm nhiệm công việc: **NGƯỜI PHỤ TRÁCH AN TOÀN**

Số:

Thái Nguyên, ngày tháng năm 2022

Nơi nhận:

- Bà
- Hộ kinh doanh (Phòng khám nha);
- Lãnh đạo Sở;
- Lưu: VT, QLCN.
(2)

