**PHỤ LỤC I**

MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ CẤP CHỨNG CHỈ HÀNH NGHỀ DƯỢC

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (Kèm theo Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/5/2017 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật dược)  **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ĐƠN ĐỀ NGHỊ**  **Cấp chứng chỉ hành nghề dược**  \_\_\_\_\_\_\_\_  Kính gửi: ........................... (1)...........................................  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 dược:Từ ngày …..………….......đến ngày…….………..Tại…… ……..Nội dung thực hành:...................Từ ngày……………….. đến ngày........................Tại… ………..Nội dung thực hành…………… Người đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề dược thuộc trường hợp sau:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | Người đề nghị cấp chứng chỉ hành nghề dược lần đầu |  | | 2 | Người đã được cấp chứng chỉ hành nghề dược nhưng chứng chỉ hành nghề dược bị thu hồi theo quy định |  |   Đề nghị cấp Chứng chỉ hành nghề dược 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 dược 2016)  Sau khi nghiên cứu Luật dược và các quy định khác về hành nghề dược, tôi xin cam đoan thực hiện nghiêm túc và đầy đủ các quy định hiện hành của Luật dược và các văn bản quy phạm pháp luật về dược 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 dược cho tôi.  Tôi xin gửi kèm theo đơn này các tài liệu theo quy địnhtại Nghị định số Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/05/2017 của Chính phủ./.   |  |  | | --- | --- | |  | *.........(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 dược, cụ thể:  1. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở sản xuất thuốc trừ trường hợp 2, 3 dưới đây.  2. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở sản xuất nguyên liệu làm thuốc là dược chất, tá dược, vỏ nang.  3. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở sản xuất vắc xin, sinh phẩm và nguyên liệu sản xuất vắc xin, sinh phẩm.  4. Người phụ trách về bảo đảm chất lượng của cơ sở sản xuất thuốc trừ trường hợp 5, 6 dưới đây.  5. Người phụ trách về bảo đảm chất lượng của cơ sở sản xuất vắc xin, sinh phẩm.  6. Người phụ trách về bảo đảm chất lượng của cơ sở sản xuất nguyên liệu làm thuốc là dược chất, tá dược, vỏ nang.  7.Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược, người phụ trách về bảo đảm chất lượng của cơ sở sản xuất dược liệu;  8. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược, người phụ trách về bảo đảm chất lượng của hộ kinh doanh, hợp tác xã sản xuất dược liệu.  9. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở bán buôn thuốc, nguyên liệu làm thuốc, trừ trường hợp 10, 11 dưới đây.  10. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở bán buôn vắc xin, sinh phẩm.  11. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở bán buôn dược liệu, thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền.  12. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở xuất khẩu, nhập khẩu thuốc, nguyên liệu làm thuốc, trừ trường hợp 13, 14 sau đây.  13. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở xuất khẩu, nhập khẩu vắc xin, sinh phẩm..  14. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở xuất khẩu, nhập khẩu dược liệu, thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền.  15. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của nhà thuốc.  16. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của quầy thuốc.  17. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của tủ thuốc trạm y tế xã  18. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở chuyên bán lẻ dược liệu, thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền.  19. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở kinh doanh dịch vụ kiểm nghiệm thuốc, nguyên liệu làm thuốc, trừ trường hợp 20 dưới đây.  20. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở kinh doanh dịch vụ kiểm nghiệm vắc xin, sinh phẩm.  21. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở kinh doanh dịch vụ thử thuốc trên lâm sàng, thử tương đương sinh học của thuốc, trừ trường hợp 22 dưới đây.  22. Người chịu trách nhiệm chuyên môn của cơ sở kinh doanh dịch vụ thử thuốc trên lâm sàng, thử tương đương sinh học của thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền.  23. Người phụ trách công tác dược lâm sàng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trừ trường hợp 24 dưới đây.  24. Người phụ trách công tác dược lâm sàng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng y học cổ truyền.  25. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở kinh doanh dịch vụ bảo quản thuốc, nguyên liệu làm thuốc, trừ trường hợp 26 dưới đây*.*  26. Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở kinh doanh dịch vụ bảo quản vắc xin, sinh phẩm. |

**PHỤ LỤC II**

MẪU GIẤY XÁC NHẬN THỜI GIAN THỰC HÀNH TẠI CƠ SỞ THỰC HÀNH CHUYÊN MÔN

(Kèm theo Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/5/2017 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật dược)

**CỘNG HOÀ 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 dược**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tên cơ sở:……………………………Địa chỉ:……… …..;

Số giấy CNĐĐKKDD:…(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 hànhdược 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 CNĐĐKKDD nếu là cơ sơ kinh doanh dược

(2) Ghi nội dung thực hành theo quy định tại Điều 20 của Nghị định 54/2017/NĐ-CP.

(3) Đối với cơ sở thực hành là nhà thuốc, không phải đóng dấu vào Giấy xác nhận.

**PHỤ LỤC III**

MẪU GIẤY XÁC NHẬN HOÀN THÀNH ĐÀO TẠO, CẬP NHẬT KIẾN THỨC CHUYÊN MÔN VỀ DƯỢC

(Kèm theo Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/5/2017 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật dược)

**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

## Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**GIẤY XÁC NHẬN**

**Hoàn thành đào tạo, cập nhật kiến thức chuyên môn về dược**

Xác nhận Ông/Bà:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chỗ ở hiện nay:

Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú:

Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác:………..

Ngày cấp:…………Nơi cấp: .............

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

Văn bằng chuyên môn:

Đã được cấp Chứng chỉ hành nghề dược số: …………………… ngày.....………………

Đã hoàn thành chương trình đào tạo, cập nhật kiến thức chuyên môn về dược như sau:

Thời gian từ: Ngày……………….đến ngày……… ……………….

Số giờ tham dự:

Nội dung chương trình cho đối tượng: ..... ....................... (1)

Cơ sở đào tạo, cập nhật:……(2)………Địa chỉ:………(3)……………….

|  |  |
| --- | --- |
|  | *….., ngày .... tháng ... năm...*  **Người đại diện trước pháp luật/**  **người được ủy quyền**  *(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))* |

*Ghi chú:*

(1): Ghi rõ đối tượng tham gia đào tạo (ví dụ: người hành nghề dược: bán buôn…).

(2): Tên cơ sở đào tạo cập nhật.

(3): Địa chỉ cơ sở đào tạo cập nhật.