**Phụ lục số 2**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số /TT-BYT ngày tháng năm*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN CƠ QUAN CHỦ QUẢN  **TÊN CƠ SỞ**  **KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập- Tự do- Hạnh phúc**  *Tỉnh (thành phố), ngày ....... tháng....... năm .......* |

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Áp dụng thí điểm kỹ thuật mới, phương pháp mới**

**trong khám bệnh chữa bệnh**

Kính gửi: Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế

hoặc Sở Y tế tỉnh, thành phố ...

**I. Phần thông tin về cơ sở triển khai áp dụng thí điểm kỹ thuật mới, phương pháp mới**

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

2. Địa chỉ:

3. Số điện thoại: Số Fax:

4. Họ và tên cá nhân đầu mối liên lạc:

Số điện thoại di động:

Email:

**II. Phần thông tin về kỹ thuật mới, phương pháp mới**

1. Tên kỹ thuật mới/phương pháp mới:

2. Chuyên khoa:

Sau khi nghiên cứu Luật khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của chúng tôi đề nghị Bộ Y tế/Sở Y tế cho phép triển khai áp dụng thí điểm kỹ thuật/phương pháp này và cam đoan những thông tin trên đây là đúng sự thật, nếu sai cơ sở xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

*Hồ sơ gửi kèm (theo quy định tại Điều 8 của Thông tư số ...../TT-BYT) gồm có: ..........................................................................................................*

Trân trọng cảm ơn./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Người đứng đầu**  **cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**  *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |