

Ảnh 3x4

BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

PHIẾU HỌC VIÊN

Lớp:

- Họ và tên (**in hoa**): Giới tính:.....
- Ngày/tháng/năm sinh: Dân tộc:.....Tôn giáo:.....
- Nơi sinh (*tỉnh nào, nếu tách tỉnh thì ghi rõ trước và sau*):
- Số CMTND/CCCD/Hộ chiếu:Ngày cấp:.....
Nơi cấp:.....
- Địa chỉ liên hệ:
.....Điện thoại gia đình:.....
- Cơ quan công tác:.....
Chức vụ:.....Điện thoại cơ quan:.....
- Điện thoại di động:Email:
- Bằng tốt nghiệp cao nhất tại thời điểm kê khai (THPT, Trung cấp, Cao đẳng, Đại học, Thạc sĩ, Tiến sĩ,...):Ngành:.....
Năm tốt nghiệp:Tốt nghiệp trường:.....
Hình thức đào tạo (*chính quy, VLVH, từ xa,.....*):
- Các khóa học mà Anh, Chị đã học tại Trường Đại học Y tế công cộng:

9.1. Các khóa học dài hạn

TT	Tên khóa học	Năm tốt nghiệp

9.2. Số lượng khoá học ngắn hạn Anh, Chị đã tham gia :khóa (*ghi số lượng*)

10. Anh, Chị có mong muốn tham gia tiếp các khoá học tại trường không: Có ☐ Không ☐

Nếu có, ghi tên khoá học anh/chị mong muốn:.....
.....

Ngàytháng.....năm 20.....

Ký, ghi rõ họ tên

Chú ý: Yêu cầu học viên khai những thông tin trên chính xác, thống nhất với thông tin trong bằng tốt nghiệp, giấy khai sinh, CMTND/CCCD và các hồ sơ khác.....