

Số: 18 /TB-BVM

Đà Nẵng, ngày 08 tháng 01 năm 2024

**THÔNG BÁO TUYỂN SINH
CÁC KHÓA ĐÀO TẠO LIÊN TỤC**

Nhằm đáp ứng nhu cầu đăng ký học tập, nâng cao trình độ, kỹ năng chuyên môn về lĩnh vực Nhãn khoa và để đáp ứng yêu cầu công tác trong lĩnh vực Nhãn khoa của các đơn vị y tế trong và ngoài thành phố. Bệnh viện Mắt thành phố Đà Nẵng thông báo tuyển sinh các khóa Đào tạo liên tục, cụ thể như sau:

1. Đối tượng tuyển sinh, học phí và thời gian đào tạo:

TT	Thời điểm	Nội dung đào tạo	Thời gian	Học phí/khóa (đồng)	Đối tượng tuyển sinh	Người phụ trách
1	Từ 22/01/2024 đến 22/4/2024	Phẫu thuật Phaco	3 tháng	20.000.000 (tối đa 6 người/khóa)	Bác sỹ có CCHN khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa Mắt	BS Na PGĐ ĐT: 0904605960
2	Từ 22/01/2024 đến 22/4/2024	Phẫu thuật mộng có ghép	3 tháng	10.000.000 (tối đa 5 người/khóa)	Bác sỹ có CCHN khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa Mắt	BS Việt Hà Khoa Kết giác mạc ĐT: 0935757580
3	Từ 22/01/2024 đến 22/4/2024	Phẫu thuật cắt bẻ củng giác mạc	3 tháng	12.000.000 (tối đa 3 người/khóa)	Bác sỹ có CCHN khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa Mắt	BS Ánh PGĐ ĐT: 0988788135
4	Từ 22/01/2024 đến 22/04/2024	Phẫu thuật nối thông lệ mũi	3 tháng	15.000.000 (tối đa 3 người/khóa)	Bác sỹ có CCHN khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa Mắt	BS Vân Khoa Chấn thương ĐT: 0905237292
5	Từ 22/01/2024 đến 22/03/2024	Siêu âm mắt	2 tháng	10.000.000 (tối đa 3 người/khóa)	Bác sỹ có CCHN khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa Mắt	BS Nghĩa Khoa TDCN&CLS ĐT: 0983071776
6	Từ 22/01/2024 đến 22/02/2024	Mở bao sau đục bằng Laser	1 tháng	8.000.000 (tối đa 5 người/khóa)	Bác sỹ có CCHN khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa Mắt	BS Ánh PGĐ ĐT: 0988788135
7	Từ 22/01/2024 đến 22/02/2024	Điều trị glôcôm bằng laser mỏng mắt chu biên	1 tháng	8.000.000 (tối đa 5 người/khóa)	Bác sỹ có CCHN khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa Mắt	BS Ánh PGĐ ĐT: 0988788135
8	Từ 22/01/2024 đến 22/02/2024	Tiêm nội nhãn	1 tháng	8.000.000 (tối đa 5 người/khóa)	Bác sỹ có CCHN khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa Mắt	TS Hào Khoa Đáy mắt ĐT: 0913384699

9	Từ 22/01/2024 đến 22/02/2024	Chụp OCT bán phần sau nhãn cầu	1 tháng	8.000.000 (tối đa 3 người/khóa)	Bác sỹ có CCHN khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa Mắt	BS Nghĩa Khoa TDCN & CLS ĐT: 0983071776
10	Từ 22/01/2024 đến 22/07/2024	Điều dưỡng chuyên khoa Mắt	6 tháng	9.000.000 (tối đa 30 người/khóa)	Điều dưỡng đa khoa có CCHN điều dưỡng	CN Yên Phòng ĐD ĐT: 0903522310

*** Ghi chú:**

- Học phí không bao gồm khoản chi mua sách, tài liệu học tập tại Bệnh viện.
- Học viên tự túc ăn, ở và phương tiện đi lại.

2. Địa điểm đào tạo (lý thuyết và thực hành):

Bệnh viện Mắt thành phố Đà Nẵng, 68 Phan Đăng Lưu, quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng.

3. Hình thức tuyển sinh: Xét tuyển.

4. Chứng chỉ cuối khóa học: Chứng chỉ do Bệnh viện Mắt thành phố Đà Nẵng cấp đúng mã đào tạo theo quy định, có giá trị toàn quốc.

5. Hồ sơ đăng ký gồm:

- 01 đơn xin học (mẫu ở Phụ lục 1).
- Sơ yếu lý lịch có xác nhận của cơ quan công tác hoặc UBND xã, phường nơi học viên đang cư trú (mẫu ở Phụ lục 2).
- 01 Giấy khám sức khỏe của cơ sở y tế có thẩm quyền cấp (có giá trị trong thời hạn 12 tháng kể từ ngày ký kết luận sức khỏe).
- Quyết định hoặc Công văn cử đi học (đối với các học viên đang công tác tại cơ sở y tế công lập hoặc tư nhân).
- 01 Bản sao công chứng bằng tốt nghiệp chuyên ngành được cấp gần nhất phù hợp với nội dung đăng ký học tập.
- 01 bản sao công chứng CCHN khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa Mắt (đối với bác sỹ), CCHN điều dưỡng (đối với điều dưỡng).
- Bì thư đựng 02 ảnh cỡ 3x4cm (ghi rõ họ tên, ngày tháng năm sinh, khóa học ở phía sau ảnh).

Tất cả các giấy tờ trên được đựng trong túi hồ sơ, phía ngoài ghi rõ: Hồ sơ tham dự khóa đào tạo, số điện thoại di động, email.

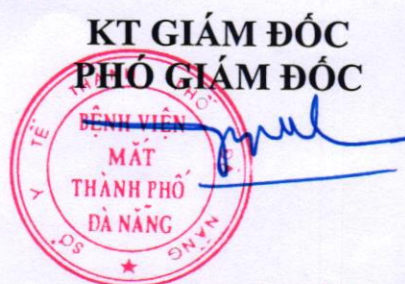
6. Thời gian nhận hồ sơ và học phí: trước ngày 16/01/2024

- Địa điểm nộp hồ sơ: Phòng Kế hoạch tổng hợp (B211), Bệnh viện Mắt thành phố Đà Nẵng, số 68 Phan Đăng Lưu, TP Đà Nẵng.
- Liên hệ: 0236.3622047; 0903151086 (BS Huyền Trang).

7. Khai giảng: dự kiến ngày 22/01/2024.

Nơi nhận:

- BGĐ;
- Sở Y tế TP Đà Nẵng (để báo cáo);
- Bệnh viện các tỉnh;
- Tổ CNTT (để đăng Website);
- Các khoa, phòng;
- Lưu: VT, KHTH, TCHC.



**KT GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

BS. CKII. Nguyễn Văn Khôi

Phụ lục I
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

ĐƠN XIN HỌC

Kính gửi:

- Ban Giám đốc Bệnh viện Mắt TP. Đà Nẵng
- Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Mắt TP.Đà Nẵng

Tôi tên là:.....
Sinh ngày: Giới tính:
Số CMND/ Thẻ căn cước/ Hộ chiếu:
Ngày cấp: Nơi cấp:
Nghề nghiệp:
Chức vụ:
Nơi công tác (ghi rõ Khoa/Phòng/Ban; Đơn vị):.....
.....
.....

Địa chỉ liên hệ:.....
Số điện thoại: Email:

Thông tin về văn bằng:

- Năm tốt nghiệp đại học/ cao đẳng/ trung cấp:
- Trường cấp bằng: Hệ đào tạo:
- Chuyên ngành:

Các văn bằng, chứng chỉ khác liên quan đến khóa học:

- Tên văn bằng/ chứng chỉ:.....
- Đơn vị cấp: Năm:.....

Tôi làm đơn này kính đề nghị Ban Lãnh đạo Bệnh viện Mắt Thành phố Đà Nẵng cho tôi được theo học Khóa học:

Tôi xin cam kết:

- Chấp hành nghiêm chỉnh mọi nội quy, quy định của Bệnh viện, cơ sở thực hành và các quy định của pháp luật.
- Đóng học phí đầy đủ trước khi khóa học khai giảng.
- Chịu trách nhiệm về tất cả các thông tin tự kê khai là hoàn toàn đúng sự thật.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

....., ngày tháng năm
NGƯỜI LÀM ĐƠN

Phụ lục II

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

Ảnh 4 x 6 cm
Đóng dấu của
nơi xác nhận hồ
sơ

SƠ YẾU LÝ LỊCH

Họ và tên (viết in hoa): Nam/Nữ:

Họ và tên thường dùng:

Sinh ngày tháng năm Nơi sinh:

Nguyên quán:

Số CMND/ Thẻ căn cước/ Hộ chiếu:

Ngày cấp: Nơi cấp:

Dân tộc: Tôn giáo:

Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú:

Chỗ ở hiện nay:

Trình độ văn hóa: Trình độ ngoại ngữ:

Trình độ chuyên môn cao nhất được đào tạo:

Ngành học: Nơi đào tạo:

Trình độ lý luận chính trị:

Kết nạp Đoàn thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh

ngày tháng năm

Nơi kết nạp:

Kết nạp Đảng Cộng sản Việt Nam ngày tháng năm

Nơi kết nạp:

Cơ quan công tác hiện nay:

Chức vụ hiện nay:

Học vị, học hàm, danh hiệu Nhà nước phong tặng:.....năm: ...

Ngày nhập ngũ QĐNDVN (TNXP):..... ngày xuất ngũ:.....

Lý do:

HOÀN CẢNH GIA ĐÌNH

Ghi rõ họ tên, năm sinh, nghề nghiệp, nơi công tác, địa chỉ thường trú của bố mẹ đẻ, anh chị em ruột, vợ (hoặc chồng), con

Quan hệ	Họ và tên	Năm sinh	Nghề nghiệp	Nơi công tác	Thường trú

QUÁ TRÌNH HOẠT ĐỘNG CỦA BẢN THÂN

Từ tháng, năm Đến tháng, năm	Làm công tác gì?	Ở đâu?	Giữ chức vụ gì

KHEN THƯỞNG VÀ KỶ LUẬT

Khen thưởng:

.....

Kỷ luật:

.....

Tôi xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thật, nếu có điều gì khai không đúng tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn.

**Xác nhận của Thủ trưởng Cơ quan/
 Xí nghiệp/ Chủ tịch UBND Xã,
 Phường**

....., ngày.....tháng.....năm 20.....
Người khai ký tên