

Đơn vị:

Địa chỉ:

Điện thoại:

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

Tp. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm

PHIẾU ĐĂNG KÝ

Kính gửi: Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm Thành phố Hồ Chí Minh

Tên đơn vị:

Cử cán bộ có tên sau tham dự khóa đào tạo :

Do Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm Thành phố Hồ Chí Minh tổ chức.

STT	Họ và tên	Số CMND	Ngày tháng năm sinh	Nơi sinh	Giới tính	Chuyên môn	Chức vụ (Nếu có)	Điện thoại liên lạc

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ
(Ký tên và đóng dấu)