

Số: /TTYT-KHTC
V/v mời tham dự hội thảo khoa
học tại Bệnh viện Đa khoa
Đồng Tháp

TP Cao Lãnh, ngày 24 tháng 3 năm 2025

Kính gửi:

- Khoa, phòng;
- Trạm Y tế xã, phường.

Thực hiện theo Công văn số 658/BVĐT-CĐT ngày 21 ngày 3 năm 2025 của Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp, về việc mời tham dự hội thảo khoa học **“Cập nhật chẩn đoán và điều trị Sởi, Sốt xuất huyết, Tay Chân Miệng”** tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp.

Trung tâm Y tế thành phố Cao Lãnh đề nghị Lãnh đạo Khoa, phòng và Trạm Y tế xã, phường triển khai đến tất cả viên chức biết, có nhu cầu cập nhật kiến thức.

- **Thời gian:** 13:00, ngày 04 tháng 4 năm 2025 (thứ sáu).
- **Địa điểm:** Hội trường 1 - Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp.
- Đối tượng tham dự: **Bác sĩ, Dược sĩ, Điều dưỡng, Nữ hộ sinh, Kỹ thuật viên, Y sĩ.**

Đơn vị có nhu cầu cử viên chức tham dự và nhận CME, chi phí 100.000 đồng/người

Đại biểu **tham dự trên 70% tổng thời gian** hội thảo và **điểm kiểm tra kết thúc khóa học (post-test) từ 6 điểm trở lên** sẽ được cấp chứng nhận hoàn thành chương trình cập nhật kiến thức y khoa liên tục (CME) dưới hình thức tham dự hội thảo, chủ đề **“Cập nhật chẩn đoán và điều trị Sởi, Sốt xuất huyết, Tay Chân Miệng”**, theo quy định của Thông tư 32/2023/TT-BYT.

Các đơn vị có nhu cầu tham dự đề nghị gửi danh sách (*theo mẫu đính kèm*) qua zalo Ys.Ngọc 0356266938 về phòng Kế hoạch – Tài chính **chậm nhất 10 giờ ngày 28/3/2024.**

Đề nghị các đơn vị thực hiện tốt theo nội dung Công văn./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Website TTYT;
- Lưu: VT, KHTC.

GIÁM ĐỐC

Trương Quốc Dũng

SỞ Y TẾ ĐỒNG THÁP
Tên đơn vị:.....

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

....., ngày tháng ... năm 2025

DANH SÁCH ĐĂNG KÝ THAM DỰ HỘI THẢO KHOA HỌC
“Cập nhật chẩn đoán và điều trị Sởi, Sốt xuất huyết, Tay Chân Miệng”
(Ngày 04 tháng 4 năm 2025)

1. Danh sách viên chức tham dự nhận CME:

TT	Họ tên	Ngày tháng năm sinh	Trình độ chuyên môn	Chức vụ/ Khoa, phòng	Đơn vị công tác	Số điện thoại
1						
2						
3						
4						
5						
6						

2. Danh sách viên chức tham dự miễn phí không nhận CME:

TT	Họ tên	Ngày tháng năm sinh	Trình độ chuyên môn	Chức vụ/ Khoa, phòng	Đơn vị công tác	Số điện thoại
1						
2						
3						
4						
5						
6						

LÃNH ĐẠO ĐƠN VỊ
(Ký và ghi rõ họ, tên)