

Tên cơ sở

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT
NAM**

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

DANH SÁCH

Người thực hành chuyên môn tại cơ sở bán lẻ thuốc

1. Tên cơ sở bán lẻ thuốc: ...*Nhà Thuốc Ngọc Bích*.....
2. Địa chỉ: *29/17 KP. Thăng Bình 2 - P. Di An - TP. Di An - BD*.....
3. Thời gian hoạt động của cơ sở bán lẻ thuốc⁽¹⁾: ...*6 giờ - đến 18 giờ*.....

STT	Họ và tên người thực hành chuyên môn	Nơi thường trú	Số CMND - Nơi cấp, ngày cấp	Nội dung thực hành	Thời gian thực hành ⁽²⁾	Người được giao hướng dẫn thực hành ⁽³⁾
1	<i>Nguyễn Quốc Việt</i>	<i>Di An</i>	<i>211596902</i>	<i>Ban 6'</i>	<i>2 năm</i>	<i>Lê Thị Ngọc Bích</i>
2	<i>Lê Thị Phụng</i>	<i>Di An</i>	<i>281154277</i>	<i>Ban 6'</i>	<i>2 năm</i>	<i>Lê Thị Ngọc Bích</i>
...						

ĐT: 0904369813 (Việt)

0909847184 (Phụng)

Di An..., ngày *25*... tháng *12*... năm *2019*

Người đại diện trước pháp luật/ người được ủy quyền
(Ký và ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))

[Signature]

DS: Lê Thị Ngọc Bích

Ghi chú:

- (1) Ghi rõ từ mấy giờ đến mấy giờ trong ngày và mấy ngày trong tuần;
(2) Ghi thời gian bắt đầu và kết thúc thực hành.
(3) Ghi rõ họ và tên, trình độ chuyên môn, vị trí hành nghề tại cơ sở