

UBND TỈNH THANH HÓA  
**SỞ Y TẾ**

Số: **2626** /SYT-NVY

V/v Đăng ký tham gia đào tạo  
Cấp chứng chỉ GSP

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

Thanh Hóa, ngày 30 tháng 9 năm 2019

Kính gửi: Các cơ sở Y, Dược trên địa bàn tỉnh

Để giúp các cơ sở có đủ điều kiện đảm bảo kho bảo quản thuốc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (trừ kho bảo quản dược liệu, vị thuốc cổ truyền), cơ sở kinh doanh thuốc, cơ sở tiêm chủng, cơ sở bảo quản vắc xin trong chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia tuyến huyện, triển khai áp dụng GSP kể từ ngày 01/7/2019 theo quy định tại Thông tư số 36/2018/TT- BYT ngày 22/11/2018 của Bộ Trưởng Bộ Y tế về “Thực hành tốt bảo quản thuốc, nguyên liệu làm thuốc”. Sở Y tế phối hợp với Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hóa tổ chức khóa đào tạo và Thông báo:

**Đối tượng tham gia:**

Cán bộ y tế đang thực hiện tiêm chủng tại các cơ sở tiêm chủng, Dược sỹ tại các cơ sở kinh doanh thuốc trên địa bàn tỉnh; Dược sỹ quản lý kho thuốc, quầy thuốc (kể cả công lập và ngoài công lập);

**Thời gian đào tạo:** 02 ngày, từ ngày 12/10/2019 đến ngày 13/10/2019 (thứ 7, chủ nhật), khai mạc lúc 8 giờ ngày 12/10/2019;

**Địa điểm:** Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hóa;

**Kinh phí đào tạo:** Theo quy định hiện hành;

Các đơn vị và cá nhân tham gia khoá đào tạo đăng ký danh sách gửi về Sở Y tế trước ngày 7/10/2019 theo địa chỉ Email: [lehuu\\_uyen@yahoo.com](mailto:lehuu_uyen@yahoo.com)

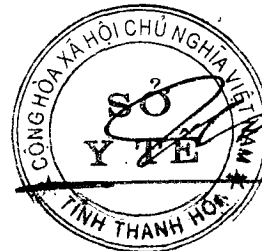
Học viên đến dự khoá đào tạo mang theo Hồ sơ: Đơn xin đi học, bản sao văn bằng chuyên môn, bản sao chứng minh thư, 02 ảnh 3x4, ghi rõ họ tên, ngày tháng năm sinh, nơi sinh. Hết khoá học Nhà trường cấp chứng chỉ đào tạo GSP;

Nhận được công văn này đề nghị các đơn vị Thông báo và tạo điều kiện thuận lợi để cán bộ tham gia, trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc xin liên hệ với Trường phòng NVY, Đt: 0916815360.

**Nơi nhận:**

Như trên;  
Giám đốc Sở ( để Bc);  
Lưu VT, NVY.

**KT. GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC**



**Nguyễn Bá Cận**

**Danh sách**  
**Tham gia khoá đào tạo cấp chứng chỉ về “Thực hành tốt bảo quản thuốc, nguyên liệu làm thuốc”**

STT	Họ và tên	Ngày tháng năm sinh	Nơi sinh	Địa chỉ nơi làm việc	Văn bằng chuyên môn
1					
2					
3					
4					
5					
·					
·					
·					