****MẪU CHỨNG CHỈ****

****CHỨNG NHẬN CHUYÊN MÔN VỀ Y TẾ LAO ĐỘNG****

|  |  |
| --- | --- |
| ****… TÊN CƠ SỞ ĐÀO TẠO**** Số:……/CCCN ------- | ****CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**** --------------- |

****CHỨNG CHỈ****

****CHỨNG NHẬN CHUYÊN MÔN VỀ Y TẾ LAO ĐỘNG****

Chứng nhận ông/bà: …

Ngày sinh: …

Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: …

Nơi cấp: … ngày cấp ...

**Đã hoàn thành khóa đào tạo cấp chứng chỉ  
chứng nhận chuyên môn về y tế lao động**

Tổng số: … giờ đào tạo (bằng chữ …)

Từ ngày … tháng … năm …, đến ngày … tháng … năm …

Chứng chỉ chứng nhận có giá trị 05 năm kể từ ngày cấp.

…, ngày … tháng … năm …

****ĐẠI DIỆN CƠ SỞ ĐÀO TẠO****

(Ký tên, đóng dấu)