**PHỤ LỤC II**

**MẪU BẢN KÊ KHAI NHÂN SỰ***(Kèm theo Nghị định số /2018/NĐ-CP ngày tháng 12 năm 2018 của Chính phủ)*

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

*……1……., ngày…..tháng …..năm 20…..*

**BẢN KÊ KHAI NHÂN SỰ**

**Tên cơ sở:** ……………………..

**Địa chỉ:**…………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ và tên** | **Chức vụ** | **Trình độ chuyên môn** | **Quá trình công tác tronglĩnh vực trang thiết bị y tế** | | | | | **Quá trình đào tạo về lĩnh vực trang thiết bị y tế** | | | | | | Loại trang thiết bị y tế đăng ký thực hiện phân loại (2) |
| **Đơn vị công tác** | **Thời gian công tác** | **Vị trí đảm nhiệm** | **Công việc chính được giao** | | **Tên cơ sởđào tạo** | **Chuyên ngành đào tạo** | **Văn bằng chứng chỉ, trình độ** | **Hình thức đào tạo** | **Thời gianđào tạo** | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |
|  | | | | | | | | | **Người đại diện hợp pháp của cơ sở** *Ký tên (Ghi họ tên đầy đủ, chức danh) Xác nhận bằng dấu hoặc chữ ký số* | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Địa danh

2 Chỉ áp dụng với nhân sự thực hiện phân loại trang thiết bị y tế. Đăng ký phân loại trang thiết bị y tế chẩn đoán invitro hoặc trang thiết bị y tế không phải trang thiết y tế chẩn đoán hoặc cả hai.