



CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

PHIẾU ĐĂNG KÝ

Lớp:

Kính gửi: Trường Cao đẳng Y tế Khánh Hòa

1. Họ và tên (chữ in hoa):..... Giới tính:
2. Ngày, tháng, năm sinh:Nơi sinh (tỉnh): Dân tộc:
3. Số CMND/CCCD:, ngày cấp:, nơi cấp:
4. Trình độ chuyên môn: Chuyên ngành:
5. Đơn vị công tác (nếu có):.....
6. Địa chỉ liên hệ:
7. Điện thoại:.....Email:

Sau khi xem kỹ nội dung và điều kiện học lớp

tôi xin đăng ký theo học lớp này.

Nếu được xét vào học, tôi cam kết:

- Chấp hành nghiêm chỉnh Quy định của Trường.
- Đóng học phí đầy đủ ngay từ đầu khóa học.
- Thực hiện đầy đủ nghĩa vụ của người đi học.

Sau khi lớp học đã khai giảng, nếu tôi tự ý nghỉ học với bất cứ lý do gì hoặc vi phạm kỷ luật mà bị buộc thôi học, tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm và không yêu cầu Trường hoàn trả học phí đã nộp.

Khánh Hòa, ngày tháng năm 202...

Người đăng ký
(Ký tên, ghi rõ họ tên)