SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ CẦN THƠ
BỆNH VIỆN SẢN - NHI SÓC TRĂNG

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

Số: 201/TB-BVSNST

Cần Thơ, ngày 26 tháng 11 năm 2026

THÔNG BÁO

Chiêu sinh khóa đào tạo cấp chứng chỉ kỹ thuật chuyên môn về "Thực hành soi cổ tử cung" (Khóa I - năm 2026)

Nhằm nâng cao năng lực chuyên môn cho bác sĩ và đáp ứng nhu cầu chuyển giao kỹ thuật sản phụ khoa, Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng thông báo chiêu sinh khóa đào tạo cấp chứng chỉ kỹ thuật chuyên môn về "Thực hành soi cổ tử cung" (Khóa I - năm 2026), cụ thể như sau:

1. Thông tin khóa đào tạo

- Đối tượng: Bác sĩ công tác trong lĩnh vực sản phụ khoa/khám bệnh tại Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng hoặc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác, có giấy phép hành nghề/chứng chỉ hành nghề với phạm vi hành nghề phù hợp.

- Số lượng: 01 lớp, dự kiến 15 học viên, tối đa 16 học viên.

- Khai giảng dự kiến: 08 giờ 00, thứ Hai, ngày 30/11/2026.

- Thời gian: 03 tháng (12 tuần học), 480 tiết; dự kiến hoàn thành đầu tháng 3/2027 (có bố trí nghỉ lễ, Tết và học bù).

- Địa điểm: Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng (645 Tôn Đức Thắng, phường Sóc Trăng, thành phố Cần Thơ).

2. Nội dung và thời lượng đào tạo

- Lý thuyết: 40 tiết (10 chuyên đề).

- Thực hành, kiến tập tại Bệnh viện: 100 tiết (92 tiết soi cổ tử cung, 08 tiết kiến tập tế bào học/giải phẫu bệnh).

- Tự thực hành có giám sát tại cơ sở đủ điều kiện, có văn bản phối hợp và người hướng dẫn: 280 tiết; củng cố, báo cáo ca: 20 tiết; ôn tập và lượng giá cuối khóa: 40 tiết.

3. Giảng viên, trợ giảng và người hướng dẫn thực hành

Phụ trách khóa đào tạo: BS.CKII Lê Thị Anh Thư - Phó Giám đốc Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng.

TT	Họ và tên	Chức vụ/đơn vị
Giảng viên lý thuyết		
1	BS.CKII Lê Thị Anh Thư	Phó Giám đốc Bệnh viện
2	BS.CKII Huỳnh Lan Phương	Trưởng phòng Tổ chức - Hành chính

TT	Họ và tên	Chức vụ/đơn vị
Giảng viên lý thuyết		
3	BS.CKII Dương Thị Hoàng Yến	Trưởng khoa Khám bệnh
4	BS.CKI Trần Ngọc Lam	Nhân viên Khoa Khám bệnh
Trợ giảng/người hướng dẫn thực hành		
1	ThS.BSCKII Lê Thị Giáng Châu	Trưởng khoa Cấp cứu tổng hợp
2	BS.CKI Trần Thu Hận	Phó Trưởng khoa Khám bệnh
3	BS.CKI Lê Ngọc Huân	Nhân viên Khoa Khám bệnh
4	BS. Lý Thọl	Nhân viên Khoa Khám bệnh

4. Học phí và phương thức nộp

- Bác sĩ ngoài Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng: học phí 5.600.000 đồng/học viên/khóa. Nộp tại Phòng Tài chính - Kế toán (A7.03), điện thoại: 02993 621 623 hoặc chuyển khoản vào tài khoản số 0321000651669 mở tại Vietcombank - Chi nhánh Sóc Trăng, nội dung: "Họ tên_Học phí lớp Thực hành soi cổ tử cung Khóa 1 năm 2026".

- Bác sĩ đang công tác tại Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng: được miễn học phí, phải có cam kết học tập và làm việc tại Bệnh viện theo quy định (Phụ lục 4).

5. Đăng ký tham dự

Các đơn vị/học viên đăng ký tham dự theo đường link https://tinyurl.vn/AHiI hoặc quét mã QR bên cạnh:

Hạn chót đăng ký: 17 giờ 00, Chủ nhật, ngày 29/11/2026.

6. Hồ sơ nhập học

Mỗi học viên chuẩn bị 01 bộ hồ sơ, gồm:

- Phiếu đăng ký nhập học theo Phụ lục 1 kèm theo Thông báo này.

- Sơ yếu lý lịch có dán ảnh (Phụ lục 3), có xác nhận của cơ quan/đơn vị công tác hoặc địa phương (không quá 06 tháng).

- Bản sao văn bằng chuyên môn cao nhất và giấy phép hành nghề/chứng chỉ hành nghề có phạm vi phù hợp.

- Bản sao Căn cước/Căn cước công dân.

- Giấy giới thiệu, văn bản hoặc danh sách cử đi học (Phụ lục 2), nếu do cơ quan/đơn vị cử tham dự.

- 02 ảnh màu kích thước 3 x 4 cm, 02 ảnh màu kích thước 4 x 6 cm, chụp trong 06 tháng gần nhất.

- Riêng bác sĩ nội viện: đề nghị của khoa/phòng và bản cam kết (Phụ lục 4).

Hồ sơ bản giấy nộp tại bàn tiếp nhận vào ngày khai giảng hoặc có thể bổ sung sau theo hướng dẫn. Thông tin trong hồ sơ phải thống nhất với thông tin đăng ký trực tuyến và xuất trình bản chính khi được yêu cầu.

7. Điều kiện hoàn thành và cấp chứng chỉ

Học viên hoàn thành đủ 480 tiết, sổ thực hành, 09 chỉ tiêu tay nghề và đạt yêu cầu lượng giá (lý thuyết và hình ảnh đều đạt từ 5,0/10 điểm; thực hành đạt theo bảng kiểm, không có sai sót nghiêm trọng) được xét cấp chứng chỉ theo chương trình đã ban hành.

8. Thông tin liên hệ

BS. Lý Phi Hưng - Phòng Kế hoạch tổng hợp - Đào tạo - Chỉ đạo tuyến; điện thoại 0922 113 375 - 02993 612 728; email: bvsnst.khth@gmail.com.

Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng trân trọng thông báo để các đơn vị và bác sĩ có nhu cầu đăng ký tham dự./.

Nơi nhận:
- Ban Giám đốc;
- Các khoa/phòng;
- Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- P.QLCLBV-CTXH-CSKH (đăng website);
- Lưu: VT, KHTH$_{Hưng}$.

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ CẦN THƠ
BỆNH VIỆN SẢN - NHI SÓC TRĂNG

BS.CKII Chung Tấn Định

Phụ lục 1

PHIẾU ĐĂNG KÝ NHẬP HỌC

Khóa đào tạo chứng chỉ kỹ thuật chuyên môn "Thực hành soi cổ tử cung"

Khóa I năm 2026

(Kèm theo Thông báo số: 201/TB-BVSNST ngày 26 tháng 11 năm 2026 của Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng)

Họ và tên (CHỮ IN HOA):

Ngày, tháng, năm sinh: Giới tính:

Số Căn cước/CCCD: Ngày cấp:

Số điện thoại: Email:

Địa chỉ thường trú:

Đơn vị công tác:

Khoa/Phòng:

Chức danh nghề nghiệp:

Trình độ chuyên môn cao nhất:

Số GPHN/CCHN: Phạm vi hành nghề:

Đối tượng: □ Nội viện □ Ngoại viện

Hình thức: □ Đơn vị cử đi học □ Cá nhân tự đăng ký

Đơn vị/cơ sở dự kiến thực hành 280 tiết:

Địa chỉ cơ sở thực hành:

Sau khi nghiên cứu nội dung Thông báo chiêu sinh, tôi đăng ký tham gia khóa đào tạo nêu trên và cam kết:

- Cung cấp thông tin, giấy tờ trong hồ sơ trung thực, chính xác và chịu trách nhiệm về nội dung đã kê khai;

- Tham gia đầy đủ thời lượng học tập, hoàn thành sổ thực hành, chỉ tiêu tay nghề và lượng giá;

- Chấp hành nội quy lớp học, quy định chuyên môn, kiểm soát nhiễm khuẩn và an toàn người bệnh trong thời gian học;

- Thực hiện nghĩa vụ học phí (nếu thuộc đối tượng đóng học phí) và các yêu cầu của khóa học.

....., ngày ..... tháng ..... năm 2026

NGƯỜI ĐĂNG KÝ

(Ký và ghi rõ họ tên)

Phụ lục 2

MẪU DANH SÁCH CỬ HỌC VIÊN THAM GIA KHÓA ĐÀO TẠO

Khóa đào tạo chứng chỉ kỹ thuật chuyên môn "Thực hành soi cổ tử cung"

Khóa I năm 2026

(Kèm theo Thông báo số: 201/TB-BVSNST ngày 26 tháng 11 năm 2026 của Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng)

Cơ quan/Đơn vị:

Địa chỉ:

TT	Họ và tên	Ngày sinh	Chức danh/ Trình độ	Số GPHN/ CCHN	Số điện thoại	Ghi chú
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Đơn vị xác nhận các bác sĩ có tên trong danh sách đáp ứng điều kiện chuyên môn ban đầu, được cử tham gia khóa học và được tạo điều kiện học tập, thực hành đủ thời lượng. Việc tiếp nhận chính thức do Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng quyết định sau khi xét hồ sơ.

NGƯỜI LẬP DANH SÁCH	**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**
(Ký và ghi rõ họ tên)	*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*

Phụ lục 3

MẪU SƠ YẾU LÝ LỊCH RÚT GỌN

(Kèm theo Thông báo số: 201/TB-BVSNST ngày 26 tháng 11 năm 2026 của Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Ảnh

SƠ YẾU LÝ LỊCH

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN

Họ và tên (CHỮ IN HOA):

Ngày, tháng, năm sinh: Giới tính:

Số Căn cước/CCCD: Ngày cấp:

Số điện thoại: Email:

Địa chỉ thường trú:

Đơn vị công tác:

Khoa/Phòng:

Chức danh nghề nghiệp:

Trình độ chuyên môn cao nhất:

Số GPHN/CCHN: Phạm vi hành nghề:

II. TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO

Thời gian	Cơ sở đào tạo	Ngành/Chuyên ngành	Văn bằng/Chứng chỉ

III. TÓM TẮT QUÁ TRÌNH CÔNG TÁC

Thời gian	Cơ quan/Đơn vị công tác	Vị trí/Chức danh công tác

IV. CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan những thông tin kê khai trên là đúng sự thật và chịu trách nhiệm trước pháp luật, trước Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng về tất cả nội dung đã kê khai.

XÁC NHẬN CỦA CƠ QUAN/ ĐƠN VỊ CÔNG TÁC (hoặc địa phương) *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*	*....., ngày ..... tháng ..... năm 2026* **NGƯỜI KHAI** *(Ký và ghi rõ họ tên)*

Phụ lục 4

BẢN CAM KẾT CỦA BÁC SĨ BỆNH VIỆN SẢN - NHI SÓC TRĂNG

Khóa đào tạo chứng chỉ kỹ thuật chuyên môn "Thực hành soi cổ tử cung"

Khóa I năm 2026

(Kèm theo Thông báo số: 201/TB-BVSNST ngày 26 tháng 11 năm 2026 của Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng)

Kính gửi: Giám đốc Bệnh viện Sản - Nhi Sóc Trăng.

Tôi tên:

Ngày, tháng, năm sinh:

Chức danh/chuyên môn:

Khoa/Phòng:

Số GPHN/CCHN:

Phạm vi hành nghề:

Được Bệnh viện miễn học phí khi tham gia khóa đào tạo, tôi cam kết:

1. Tham gia đầy đủ chương trình 480 tiết/12 tuần; chấp hành lịch học, lịch luân phiên và yêu cầu kiểm tra, đánh giá; chủ động học bù nếu thiếu thời lượng.

2. Hoàn thành sổ thực hành, báo cáo ca, các chỉ tiêu tay nghề và lượng giá; cung cấp minh chứng trung thực, đúng quy định.

3. Tuân thủ phạm vi hành nghề, mức giám sát được phân công, an toàn người bệnh, kiểm soát nhiễm khuẩn, quyền riêng tư và bảo mật thông tin.

4. Sau đào tạo, thực hiện nhiệm vụ chuyên môn phù hợp theo phân công của Bệnh viện; báo cáo kết quả ứng dụng sau đào tạo theo yêu cầu.

5. Tiếp tục làm việc tại Bệnh viện sau đào tạo, chấp hành phân công và thực hiện nghĩa vụ công tác theo quy định của Bệnh viện.

6. Trường hợp không hoàn thành khóa học hoặc vi phạm cam kết, thực hiện trách nhiệm theo quy định và các văn bản đã ký (nếu có).

Tôi đã đọc, hiểu nội dung và tự nguyện ký bản cam kết này.

XÁC NHẬN CỦA TRƯỞNG KHOA/PHÒNG
(Ký và ghi rõ họ tên)

....., ngày ..... tháng ..... năm 2026
NGƯỜI CAM KẾT
(Ký và ghi rõ họ tên)