

**DANH SÁCH ĐĂNG KÝ BỔ SUNG NGƯỜI HÀNH NGHỀ  
TẠI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

1. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: CÔNG TY TNHH PHÒNG KHÁM ĐA KHOA NHÂN ÁI SÀI GÒN
2. Địa chỉ: 2509 quốc lộ 1A, ấp Thanh Hóa, xã Hố Nai 3, Huyện Trảng Bom, Đồng Nai
3. Thời gian hoạt động của cơ sở khám chữa bệnh: từ 07 giờ 00 – 20giờ 00 ( từ thứ 2 đến chủ nhật)
4. Danh sách đăng ký bổ sung người hành nghề tại phòng khám:

**DANH SÁCH NHÂN SỰ TĂNG:**

STT	Họ và Tên	Số CCHN	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Thời gian đăng ký hành nghề tại cơ sở khám chữa bệnh	Vị trí chuyên môn
1	BS. Nguyễn Thành Đức	000987/ĐNAI-CCHN	Khám bệnh, chữa bệnh đa khoa, chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh siêu âm	Từ thứ 2 đến thứ 7 Sáng : 7 giờ- 11 giờ 30 Chiều: 13 giờ 30 đến 16h30 giờ	Phụ trách phòng Chẩn đoán hình ảnh siêu âm. Khám bệnh, chữa bệnh Nội Khoa



*thz*

262

2	BS. Trương Thị Lưu	0008578/ĐNAI-CCHN	Khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa	Từ thứ 2 đến chủ nhật Sáng : Từ 07h00-11h30; Chiều: từ 13h30-17h00	Khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa
3	BS. Lê Đình Chinh	041880/BYT-CCHN	Khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa	Từ thứ 2 đến thứ 7 Chiều từ 17h00-20h00	Khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa
4	KTV. Dương Hồng Hưng	010925/ĐNAI-CCHN	Kỹ thuật viên vật lý trị liệu	Sáng : 7 giờ- 11 giờ 30 Chiều: 13 giờ 30 đến 17 giờ Từ thứ 2 đến chủ nhật	Kỹ thuật viên vật lý trị liệu
5	KTV. Phan Văn Điều	000618/BD-CCHN	Kỹ thuật viên xét nghiệm	Sáng : 7 giờ- 11 giờ 30 Chiều: 13 giờ 30 đến 17 giờ Từ thứ 2 đến chủ nhật	Kỹ thuật viên xét nghiệm



6	YS. Lê Anh Tú	4124/BTH-CCHN	Tham gia sơ cứu ban đầu, khám bệnh, chữa bệnh thông thường theo quy định tại thông tư liên tịch số 10/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 27/05/2015 của Bộ y Tế, bộ nội vụ quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp bác sĩ, bác sĩ y học dự phòng, y sĩ	Sáng : 7 giờ- 11 giờ 30 Chiều: 13 giờ 30 đến 17 giờ Từ thứ 2 đến chủ nhật	Y sĩ
---	---------------	---------------	---	---	------

**Ghi chú:** Phòng khám sẽ bố trí thời gian nghỉ cho người hành nghề, đảm bảo thời gian làm việc theo đúng quy định của Luật lao động.

*Đồng Nai, Ngày 01 tháng 02 năm 2023*

**Người chịu trách nhiệm chuyên môn**

**kỹ thuật cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

*(Ký đóng dấu và ghi rõ họ tên)*



**BS. Lê Công Tân**