



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

PHIẾU ĐỀ NGHỊ GỬI CHỨNG CHỈ

Kính gửi: Trung tâm Hợp tác và Phát triển Đào tạo
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

- Tôi tên là: Năm sinh:
- Số CMND/CCCD..... ngày cấp:
- Điện thoại liên hệ:Email:.....
- Địa chỉ thường trú:
.....
.....
- Là học viên khóa đào tạo:
- Cơ quan công tác:.....
- Tôi kính đề nghị Trung tâm gửi chứng chỉ hoàn thành khóa học cho tôi về địa chỉ như sau:
(Yêu cầu ghi rõ địa chỉ: Số nhà/thôn/xóm, xã/phường, huyện/quận, tỉnh/thành phố)
.....
.....
.....

Tôi xin cam đoan địa chỉ trên là chính xác và chịu mọi chi phí liên quan đến chuyển phát.
(Đính kèm bản sao CMND/CCCD)

Trân trọng cảm ơn.

....., ngàytháng.....năm

Người đề nghị
(Ký và ghi rõ họ tên)

Địa chỉ gửi phiếu đề nghị gửi chứng chỉ:

Trung tâm Hợp tác và Phát triển Đào tạo, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, số 72A Nguyễn Bình
Khiêm, Phường Đằng Giang, Quận Ngô Quyền, Thành phố Hải Phòng. ĐT: 02253.733.308.