

UBND TỈNH KHÁNH HÒA  
**SỞ Y TẾ**

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

Số: **2617** /SYT-NVY  
V/v tập huấn nâng cao kỹ năng  
truyền thông chăm sóc sức khỏe  
cho thầy thuốc Y học cổ truyền

Khánh Hòa, ngày 29 tháng 10 năm 2015

Kính gửi:

- Các Bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh;
- Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng;
- Trung tâm Y tế các huyện, thị xã, thành phố;
- Hội Đông Y tỉnh.

Sở Y tế đã nhận Giấy mời số 100/GM-YDCT ngày 26/10/2015 của Cục Quản lý Y, dược cổ truyền về việc tập huấn nâng cao kỹ năng truyền thông chăm sóc sức khỏe cho thầy thuốc Y học cổ truyền một số tỉnh Nam Trung Bộ. Về vấn đề này, Sở Y tế yêu cầu các đơn vị cử cán bộ y tế tham dự lớp tập huấn, nội dung cụ thể như sau:

1. Thời gian: từ ngày 06-07/11/2015. Khai mạc lúc 8 giờ 00 ngày 06/11/2015.
2. Địa điểm: Khách sạn Châu Thành, Đường 16/4, thành phố Phan Rang, tỉnh Ninh Thuận.
3. Thành phần tham dự:
  - Sở Y tế: mời 01 cán bộ y tế.
  - Các Bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh: mời Lãnh đạo Khoa Y học cổ truyền.
  - Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng: mời Lãnh đạo Bệnh viện và Lãnh đạo các khoa: Y học cổ truyền, Khoa Khám bệnh, Khoa Bệnh người cao tuổi.
  - Trung tâm Y tế các huyện, thị xã, thành phố: mời Lãnh đạo Khoa Y học cổ truyền/Tổ Y học cổ truyền.
  - Hội Đông Y tỉnh: mời 01 Lãnh đạo Hội.
4. Kinh phí ăn ở, đi lại cho cán bộ tham dự tập huấn do đơn vị cử đi thanh toán theo quy định hiện hành.
5. Sở Y tế yêu cầu các đơn vị cử cán bộ y tế tham dự tập huấn đăng ký danh sách với Ban tổ chức theo số điện thoại: 0984.418.866 (gặp chị Phan Thùy Trang) và báo cáo Sở Y tế bằng Fax 0583.827.908 hoặc thư điện tử theo địa chỉ [bstiendung79@gmail.com](mailto:bstiendung79@gmail.com) trước ngày 03/11/2015.

Sở Y tế yêu cầu các đơn vị triển khai thực hiện. *[Chữ ký]*

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lãnh đạo Sở;
- Lưu: VT, NVY (14b).



**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ THAM DỰ TẬP HUẤN**

“Nâng cao kỹ năng truyền thông chăm sóc sức khỏe cho thầy thuốc Y học  
cổ truyền một số tỉnh Nam Trung Bộ”

(Đính kèm Công văn số ..... ngày ..... của.....)

STT	HỌ VÀ TÊN	CHỨC VỤ	SĐT LIÊN HỆ
1			
2			
3			