|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ  THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **MẪU SỐ 3**  **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |
| **BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1** |  |
|  | *Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2020* |

**BẢNG THUYẾT MINH**

**PHẠM VI ẢNH HƯỞNG CỦA ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

**ĐÃ ĐƯỢC NGHIỆM THU**

Kính gửi:

* Hội đồng Xét công nhận sáng kiến cấp thành phố;
* Sở Y tế.

1. **Tên đề tài/nghiên cứu:**
2. **Mô tả tóm tắt nội dung của đề tài nghiên cứu khoa học** (200 – 500 chữ)**:**

…………………………………………………………………………………………..

1. **Quyết định nghiệm thu:** số:……ngày……………của ……………………….
2. **Đề nghị công nhận phạm vi ảnh hưởng:**

🞎 Cấp đơn vị 🞎Cấp cơ sở 🞎Cấp thành phố 🞎Cấp toàn quốc

1. **Chủ nhiệm, thành viên có đóng góp chính**:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Chức vụ/ chức danh** | **Khoa/ phòng** | **Tên đơn vị** | **Vai trò trong NC** | **Ký tên** |
| 1 | Nguyễn Văn A | Trưởng khoa | Khoa A | BV B | Chủ nhiệm |  |
| 2 | Hồ Văn B | Bác sĩ | Khoa B | BV C | Thành viên |  |

1. **Các chứng cứ, tài liệu đính kèm để minh họa về phạm vi ảnh hưởng:**
2. Bằng khen, giải thưởng (nếu có)……………………………………………………
3. **Thuyết minh về phạm vi ảnh hưởng** (200 – 500 chữ):

………………………………………………………………………………………………

**XÁC NHẬN CỦA ĐƠN VỊ NGƯỜI YÊU CẦU CÔNG NHẬN**

**Nguyễn Văn A …**