**Mẫu số 03**

Ký bởi: BỘ PHẬN MỘT CỬA LĨNH VỰC Y TẾ
Email: bophanmotcua.yt@dongthap.gov.vn
Cơ quan: TRUNG TÂM HÀNH CHÍNH CÔNG, ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH ĐỒNG THÁP
Ngày ký: 23-01-2026 15:28:37 +07:00

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

# GIẤY XÁC NHẬN
## Thời gian thực hành tại cơ sở thực hành chuyên môn về dược

Tên cơ sở: **CÔNG TY CỔ PHẦN DƯỢC PHẨM IMEXPHARM**

Địa chỉ: Số 4, đường 30/4, Phường Cao Lãnh, Tỉnh Đồng Tháp, Việt Nam;

Số điện thoại: 0277.3851941

Số Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược: 481/ĐKKDD-ĐT,

Ngày cấp: 15/05/2025, nơi cấp:Sở Y tế Đồng Tháp.

Xác nhận Ông/Bà: **NGUYỄN THỊ THÚY HẰNG**

Số Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác: 087190008952

Ngày cấp: 23/12/2022 Nơi cấp: Cục CS QLHC về TTXH

Thường trú tại: 05, Đường Phạm Hồng Thái, Khóm Sa Nhiên, Phường Sa Đéc, Tỉnh Đồng Tháp

Đã có thời gian thực hành chuyên môn về dược tại: **Công ty cổ phần dược phẩm IMEXPHARM.**

Từ ngày 01/03/2013 đến ngày 22/12/2025

Nội dung thực hành chuyên môn: (2) Bán buôn

Tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm về xác nhận trên./

*Đồng Tháp, ngày 22 tháng 12 năm 2025*
**NGƯỜI ĐẠI DIỆN TRƯỚC PHÁP LUẬT/**
**NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN**
*(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))*(3)

GIÁM ĐỐC NHÂN SỰ

CÔNG TY CP DƯỢC PHẨM IMEXPHARM

TS. Nguyễn Vĩnh Luận

*Ghi chú:*
(1) Điền số Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược nếu là cơ sơ kinh doanh dược
(2) Ghi nội dung thực hành theo quy định tại Điều 14 của Nghị định này.
(3) Đối với cơ sở thực hành không có con dấu, không phải đóng dấu vào Giấy xác nhận.