

PHỤ LỤC 1

(kèm theo Công văn số ~~1352~~ CV/BTCTW, ngày 16/11/2020 của Ban Tổ chức Trung ương)

TT	Tên văn bản	Số lượng/ 1 hồ sơ	Ghi chú
1.	Công văn cử cán bộ tham gia dự xét tuyển kèm theo trích ngang của cán bộ	01 bản	Có mẫu trích ngang kèm theo (phụ lục 3)
2.	Sơ yếu lý lịch cán bộ theo mẫu 2C/TCTW	01 bản	Dán ảnh 4x6, đóng dấu giáp lai, có xác nhận của cấp có thẩm quyền
3.	Đơn xin đi học của cán bộ dự xét tuyển (nói rõ nguyện vọng đăng ký học ngành nào).	01 bản	
4.	Bản cam kết đi đào tạo (có xác nhận của cấp có thẩm quyền)	01 bản	Có mẫu kèm theo (phụ lục 2)
5.	Bản sao có công chứng các quyết định tuyển dụng, bổ nhiệm cán bộ.	01 bản mỗi loại	
6.	Bản dịch hợp lệ bảng điểm, bằng tốt nghiệp cử nhân.	01 bản mỗi loại	Bản dịch hợp lệ ra tiếng Anh hoặc tiếng Trung; tiếng Việt được sao đính kèm và đóng dấu giáp lai đầy đủ)
7.	Kế hoạch học tập/nghiên cứu khoảng 800 từ	01 bản	Tiếng Anh hoặc tiếng Trung
8.	02 thư giới thiệu của 02 nhà khoa học có trình độ tiến sĩ về ngành học đăng ký dự tuyển (đối với khóa đào tạo trình độ thạc sĩ).	01 bản	Tiếng Anh hoặc tiếng Trung
9.	Danh mục các công trình nghiên cứu đã được công bố hoặc giấy công nhận công trình nghiên cứu (nếu có)	01 bản mỗi loại	Dịch công chứng sang tiếng Anh hoặc tiếng Trung
10.	Bản sao hợp lệ chứng chỉ ngoại ngữ tiếng Anh hoặc tiếng Trung.	01 bản	
11.	Giấy khám sức khỏe (làm sau khi được Ban Tổ chức Trung ương thông báo kết quả sơ tuyển)	01 bản	Mẫu dành cho người đi học tập ở nước ngoài của bệnh viện trung ương/tỉnh/thành phố (có gửi kèm theo mẫu quy định của phía Trung Quốc)
12.	Bản Photocopy hộ chiếu phổ thông.	01 bản	

PHỤ LỤC 2

(kèm theo Công văn số ~~1332~~ CV/BTCTW, ngày 26/11/2020 của Ban Tổ chức Trung ương)

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

BẢN CAM KẾT THỰC HIỆN NGHĨA VỤ CỦA HỌC VIÊN
ĐI ĐÀO TẠO TẠI TRUNG QUỐC

Kính gửi: - Ban Tổ chức Trung ương
- Cơ quan (tỉnh ủy, thành ủy trực thuộc Trung ương, bộ, ban, ngành....)

Tên tôi là:..... Sinh ngày.....
CMND số :.....Ngày cấp.....Nơi cấp.....
Chức vụ, đơn vị công tác:.....

Khi được Ban Tổ chức Trung ương và cử đi học tập, nghiên cứu tại Trung Quốc, tôi nguyện cam kết thực hiện các nghĩa vụ sau:

1. Chấp hành nghiêm túc quy chế, quy định đối với cán bộ đi nghiên cứu, học tập ở nước ngoài; quyết định cử đi học của Ban Tổ chức Trung ương và; chấp nhận các quy định hiện hành của Nhà nước về tài chính.

2. Không xin chuyển trường, chuyển nước hay thay đổi khóa học, chương trình học. Cam kết tích cực học tập, nghiên cứu để hoàn thành tốt chương trình đào tạo đúng thời hạn được phép.

3. Nếu phải gia hạn thời gian học tập, tôi sẽ tự túc kinh phí trong thời gian gia hạn. Nếu không chấp hành nghĩa vụ của cán bộ được cấp học bổng đi học thì phải bồi hoàn kinh phí theo quy định của Nhà nước.

4. Về nước ngay sau khi kết thúc khóa học, chủ động chuẩn bị, thực hiện đầy đủ các thủ tục báo cáo tốt nghiệp với Ban Tổ chức Trung ương và trong vòng 10 ngày sau khi về nước.

5. Cam kết làm việc lâu dài cho cơ quan đã cử tôi đi học hoặc theo sự điều động của Đảng, Nhà nước.

Tôi xin cam kết thực hiện đầy đủ những điều nêu trên và các quy định hiện hành khác có liên quan. Nếu không thực hiện đúng cam kết này, tôi xin bồi hoàn toàn bộ chi phí đào tạo và hoàn toàn chịu trách nhiệm về việc xử lý kỷ luật theo các quy định hiện hành của Nhà nước.

....., ngày..... tháng..... năm.....

Người cam kết
(ký và ghi rõ họ tên)

XÁC NHẬN BẢO LÃNH CỦA CƠ QUAN TUYỂN CHỌN VÀ GIỚI THIỆU NGƯỜI DỰ TUYỂN:

..... xác nhận bảo lãnh đồng chí..... hiện đang là biên chế của..... cam kết thực hiện trách nhiệm:

1. Tiếp nhận và bố trí công tác phù hợp với chuyên môn và trình độ đào tạo sau khi đồng chí học tập, nghiên cứu ở Trung Quốc về.

2. Giúp đỡ, tạo điều kiện để đồng chí..... được tiếp tục đóng bảo hiểm xã hội trong thời gian đi đào tạo ở nước ngoài.

3. Phối hợp với các cơ quan có liên quan trong việc yêu cầu đồng chí..... thực hiện đúng những cam kết nêu trên.

....., ngày..... tháng..... năm.....

THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

外国人体格检查表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birthday		照片 (加盖检查单位印章) Photo (Stamped Official Stamp)																												
现在通讯地址 Present mailing address																																		
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地 Birth place		血型 Blood type																														
<p>过去是否患有下列疾病：(每项后面请回答“否”或“是”) Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered “Yes” or “No”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">斑疹 伤寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 33%;">菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹症 Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布氏杆菌病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病毒性肝炎 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产褥期链球 Puerperal streptococcus infection</td> <td></td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>菌 感 染</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							斑疹 伤寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	小儿麻痹症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	白 喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	猩 红 热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球 Puerperal streptococcus infection		回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 感 染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
斑疹 伤寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
小儿麻痹症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
白 喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
猩 红 热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球 Puerperal streptococcus infection																																
回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 感 染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
<p>是否患有下列危及公共秩序和安全的病症：(每项后面请回答“否”或“是”) Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security? (Each item must be answered “Yes” or “No”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">毒物癮 Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">精神病 Psychosis:</td> <td>躁狂型 Manic psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄想型 Paranoid psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻觉型 Hallucinatory</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>							毒物癮 Toxicomania			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神错乱 Mental confusion			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神病 Psychosis:	躁狂型 Manic psychosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	妄想型 Paranoid psychosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	幻觉型 Hallucinatory		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes										
毒物癮 Toxicomania			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
精神错乱 Mental confusion			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
精神病 Psychosis:	躁狂型 Manic psychosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
	妄想型 Paranoid psychosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
	幻觉型 Hallucinatory		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
身高 Height	厘米 CM	体重 Weight	公斤 Kg	血压 Blood pressure	毫米汞柱 mmHg																													
发育情况 Development		营养情况 Nourishment		颈部 Neck																														
视力 Vision	左 L _____ 右 R _____	矫正视力 Corrected vision		左 L _____ 右 R _____	眼 Eyes																													
辨色力 Colour sense		皮肤 Skin		淋巴结 Lymph nodes																														
耳 Ears		鼻 Nose		扁桃体 Tonsils																														
心 Heart		肺 Lungs		腹部 Abdomen																														

脊柱 Spine		四肢 Extremities		神经系统 Nervous system																	
其他所见 Other abnormal findings																					
胸部 X 线 检查结果 (附检查报告单) Chest X-ray exam (attached chest X-ray report)				心电图 ECC																	
化验室检查 (包括艾滋病、 梅毒等血清学检查) Laboratory exam (attached test report of AIDS, Syphilis etc)																					
<p style="text-align: center;">未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病: None of the following diseases of disorders found during the present examination.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">霍乱</td> <td style="width: 25%;">Cholera</td> <td style="width: 25%;">性病</td> <td style="width: 25%;">Venereal Disease</td> </tr> <tr> <td>黄热病</td> <td>Yellow fever</td> <td>肺结核</td> <td>Lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>鼠疫</td> <td>Plague</td> <td>艾滋病</td> <td>AIDS</td> </tr> <tr> <td>麻风</td> <td>Leprosy</td> <td>精神病</td> <td>Psychosis</td> </tr> </table>						霍乱	Cholera	性病	Venereal Disease	黄热病	Yellow fever	肺结核	Lung tuberculosis	鼠疫	Plague	艾滋病	AIDS	麻风	Leprosy	精神病	Psychosis
霍乱	Cholera	性病	Venereal Disease																		
黄热病	Yellow fever	肺结核	Lung tuberculosis																		
鼠疫	Plague	艾滋病	AIDS																		
麻风	Leprosy	精神病	Psychosis																		
意 见 Suggestion 医师签字 Signature of physician		检查单位盖章 Official Stamp 日期 Date																			