

제 호

재난의료 비상대응매뉴얼 교육 수료증

성 명:

생 년 월 일:

종 별:

면 허 번 호:
(자 격 번 호)

귀하는 응급의료에 관한 법률 제15조의2 및 같은 법 시행령 제8조의3에 따른
「재난의료 비상대응매뉴얼 ○○교육」을 수료하였기에 이 증을 드립니다.

년 월 일

보건복지부장관

직인

- 비고: 1. 수료증 발급명의 날인은 관인(전자이미지 관인을 포함)으로 한다.
2. 전자이미지 관인 사용 시 위조·변조 방지를 위하여 전자서명값 및 원본 대조란을 추가하는 전자적 처리를 하여야 한다.
3. 종별과 면허번호(자격번호)는 의사·간호사 또는 응급구조사인 경우에 기재한다.