

제 호

보조공학사 자격증

성 명:

생 년 월 일:

근 거:

사 진
(3.5cm×4.5cm)

「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률」 제15조 제1항에 따라 위와 같이 자격을 인정합니다.

년 월 일

보건복지부장관

직인