

제 호

수 료 증

국적:

주소:

성명: 년 월 일 생

의사면허증번호 제 호

수련과목 수련연한

위 사람은 수련과정을 이수하였으므로 이 증서를 수여함.

년 월 일

수련병원(기관)장 [인]

190mm × 268mm[인쇄용지(특급) 120g/m²]