

의료기사등 면허증 발급신청서

※ 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처 리 기 14일 간:	
응시번호		시험 응시 연도	사 진 (3.5cm×4.5cm)
성명		생년월일	
출신 학교	대학(교)		
주소	우편번호: - 주 소:		
연락처	(전화번호) (전자우편)		

「의료기사 등에 관한 법률 시행령」 제7조제1항 및 같은 법 시행규칙 제12조제1항에 따라 면허증 발급을 신청합니다.

년 월 일

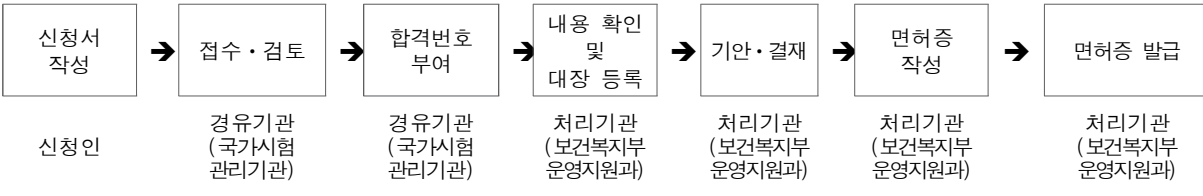
신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	1. 졸업증명서 또는 이수증명서(외국학교 출신자의 경우에는 졸업증명서 또는 이수증명서 및 해당 면허증 사본) 2. 성적증명서 3. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제1호에 따른 정신질환자(전문의학 의료기사등으로서 적합하다고 인정하는 사람의 경우는 제외합니다), 마약·대마 또는 향정신성의약품 중독자가 아님을 증명하는 의사의 진단서 4. 응시원서의 사진과 같은 사진(가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터) 1장	수수료 없음
-------------	---	-----------

처리 절차



210mm×297mm(백상지 80g/㎡)