

기 관 명

수 신 자

(경 유)

제 목 의료기사등에 대한 보수교육 계획서 제출

「의료기사 등에 관한 법률 시행규칙」 제19조제1항에 따라 보수교육 계획서를 아래와 같이 제출합니다.

보수교육실시기관명						대표자 성명		
소재지						전화번호		
교육 형태	교육 실시 기관명*	교육 예정 인원	교육 과목	강사 자격	교육 예정 시간	교육 예정 일자	소요 예산	교육받는 사람의 경비 부담액
현장교육								
온라인 교육								

- 붙임 1. 교육받는 사람의 경비부담액 산출근거
2. 과목별 보수교육 인정기준. 끝.

발신명의

직인

기안자

직위(직급) 서명

검토자

직위(직급) 서명

결재권자

직위(직급) 서명

협조자

시행

처리과-일련번호(시행일)

접수

처리과명-일련번호(접수일)

우

주소

/ 홈페이지 주소

전화번호()

팩스번호()

/ 기안자의 전자우편 주소

/ 공개 구분