

기 관 명

수 신 자

(경 유)

제 목 의료기사등에 대한 보수교육 실적보고서 제출

「의료기사 등에 관한 법률 시행규칙」 제19조제2항에 따라 보수교육 실적보고서를 아래와 같이 제출합니다.

보수교육실시기관명			대표자 성명		
소재지			전화번호		
면허자 수	보수교육 대상자 수	보수교육 이수자 수	보수교육 면제자 수	보수교육 미이수자 수	

※ 당초 보수교육계획의 주요 내용이 변경된 경우에는 아래에 그 변경 내용과 변경 사유를 기재

변경 내용	당초
	변경
변경 사유	

끝.

발신명의



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	