

제 호

보 수 교 육 이 수 증

성명		생년월일	
주소			
면허종류		면허번호	제 호

귀하는 년도 차 보수교육의 모든 과정을 마쳤으므로
「의료기사 등에 관한 법률」 제20조 및 같은 법 시행규칙 제19조제3항
에 따라 이수증을 수여합니다.

년 월 일

() 보수교육실시기관장

직인