

제 호

수 료 증

국 적:

주 소:

성 명:

생 년 월 일: (성 별 : )

한의사 면허번호: 제 호

수 련 과 정: 수 련 과 목:

수 련 연 한:

위와 같이 수련과정을 마쳤으므로 이 증서를 수여합니다.

년 월 일

수련 한 방 병 원 장

직인