

공중보건업무종사명령서

계	급:	군	번:
면허종류:		성	명:
근무지역(기관·시설):		생년월일:	
근무기간:			

「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제5조에 따라 위와 같이 공중보건업무에 종사할 것을 명합니다.

년 월 일

보건복지부장관

직인