

간호조무사 보수교육 [] 면제
[] 유예 확인서

성명		생년월일	
주소			
면제(유예) 사유		자격번호	제 호

「간호법 시행규칙」 제16조제7항에 따라 위와 같이 보수교육 면제(유예) 대상자임을
확인합니다.

년 월 일

보건복지부장관 직인

