

제 호

## 국민건강영양조사원증

성 명:

생년월일:

소 속:

직 위:

사진

6개월 이내에  
촬영한 반명함판  
3cm×4cm

위 사람은 국민건강영양조사원임을 증명합니다.

년 월 일

질병관리청장  
특별자치시장  
특별자치시장  
특별자치시장  
특별자치시장  
특별자치시장

직인