

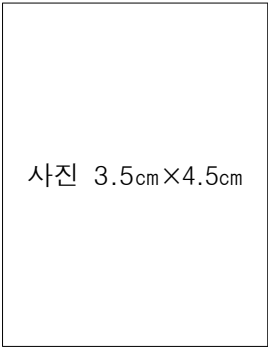
제 호

2급 언어재활사 자격증

성 명 :

생 년 월 일 :

근 거 :



위와 같이 자격을 인정합니다.

년 월 일

보건복지부장관

