

(앞쪽)

제 호
디지털의료제품 검사원증
사 진 3.5cm×4.5cm (모자 벗은 상반신으로 뒤 그림 없이 6개월 이 내 촬영한 것)
성 명
기 관 명

55mm×85mm[백상지 150g/㎡]

(색상: 연하늘색)

(뒤쪽)

디지털의료제품 검사원증
소 속: 직 급: 성 명: 생년월일:
위의 사람은 디지털의료제품 감시원임을 증명합니다. 년 월 일
기 관 의 장 직인
1. 이 사람은 「디지털의료제품법」 제49조에 따른 감시를 할 수 있는 권한이 있습니다. 2. 이 증은 다른 사람에게 대여 또는 양도 할 수 없습니다. 3. 이 증을 습득한 경우에는 가까운 우체통에 넣어 주십시오.