

제 호

임상영양사 교육과정 수료증

1. 성명 :

2. 생년월일 :

3. 영양사 면허증번호 : 제 호

위 사람은 년 월 일부터 년 월 일까지 본 교육기관에서 임상
영양사 교육과정을 수료하였으므로 이 증서를 수여합니다.

년 월 일

○○○○○○○ 기관장

직인