

제 호

# 수 료 증

국 적 :

주 소 :

성 명 : 생년월일 : 년 월 일

의사면허증번호 제 호

수련과목 : 수련연한 :

위 자는 수련과정을 이수하였으므로 이 증서를 수여함.

년 월 일

## 국 립 공 주 병 원 장