

접수번호	접수일자	시험구분 (년도 회)	정기 · 임시
			필기 · 실기

응시자격	[] 선박조리사 [] 의료관리자				
성명			생년월일		
주소					
학력	20 . . .부터 20 . . .까지(월)				
	실습기간 : 해상 월, 육상 월				
	학교 과(졸업, 졸업예정, 수료)				
소지면허증	해기사	명 칭			교부일
		한정면허			
	기 타	명 칭			교부일

이
한
문

※응시번호	응시자	①
	(전화번호	)

첨부서류 : 없음		수수료
		의료관리자 자격시험: 5천원
기재요령	"※" 표시한 곳은 적지 마십시오.	

자르는 선 (간인)

		응 시 표 (년도 []선박조리사/[]의료관리자)		사진 (3.5cm×4.5cm)
※응시번호				
성 명		생년월일		
소지면허		시험구분	[]필기 []면접	

20 년 양 일

(전화번호)