

수련연도 변경승인 신청서			처리기간
			15일
수련치과병원 (수련기관) 명칭			
소재지			
신청인		전화번호	
수련연도의 변경승인을 받으려는 치과의사전공의 수 ① 인 턴: 명 ② 레지던트: 명			
「치과의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제5조제4항 및 같은 규정 시행규칙 제4조에 따라 수련연도를 변경하기 위하여 관계 서류를 첨부하여 신청합니다. 년 월 일 신청인: 수련치과병원장·수련기관의 장 인 보건복지부장관 귀하			
※ 구비서류: 수련연도 변경사유서 1부			수수료
			없음

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

(뒤 쪽)

