

수련과정 이수(예정) 증명서

◎ 성명 :

◎ 의사면허번호 :

◎ 생년월일 :

◎ 전공의등록번호 :

1. 수련과목명 :

2. 수련과정 이수사항

가. 인턴 과정

수련병원명	수련기간	비고
	년 월 일 부터	
	년 월 일 까지	

나. 레지던트 과정

수련병원 또는 기관명	년차	수련기간	지도전문의 성명	비고
		년 월 일 부터		
		년 월 일 까지		
		년 월 일 부터		
		년 월 일 까지		
		년 월 일 부터		
		년 월 일 까지		
		년 월 일 부터		
		년 월 일 까지		
		년 월 일 부터		
		년 월 일 까지		

비고 : 인턴 수련병원과 레지던트 수련병원(기관)이 서로 다른 경우에도 최종 수련병원(기관)이 이를 확인함.

위 수련사항에 대하여 전문의의수련및자격인정등에관한규정 및 시행규칙에 의해 대조 확인한 결과 틀림이 없음을 증명함.

년 월 일

수련병원 또는 기관명 :

기관장 :

(인)

대한 의 학 회 장 귀 하