

[별지 제1호서식]

의사·치과의사·한의사· 약사·한지 의사·간호원· 조산원·의료보조원	시험응시자격인정신청서
--	-------------

원적(           도)

본적

주소

성명

	년	월	일	생
--	---	---	---	---

1. 자격

가	년	월	일	학교졸업
나	년	월	일	시험합격
다	년	월	일	면허취득

미수복지등에서 귀순한 의약업자에 관한 특별조치법 제5조의 규정에 의하여 응시자격을 받고자 신청합니다.

	년	월	일
--	---	---	---

신청인

①

보건사회부장관 귀하