

(앞쪽)

제 호
<b>디지털의료제품 검사원증</b>
사 진
3.5cm × 4.5cm
(모자 벗은 상반신으로 뒤 그림 없이 6개월 이 내 촬영한 것)
성 명
기 관 명

55mm × 85mm [백상지 150g/m<sup>2</sup>]

(색상: 연하늘색)

(뒤쪽)

<b>디지털의료제품 검사원증</b>
소 속:
직 급:
성 명:
생년월일:
위의 사람은 디지털의료제품 검사원임을 증명합니다.
년 월 일
기 관 의 장 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">직인</span>
1. 이 사람은 「디지털의료제품법」 제49조에 따른 감시를 할 수 있는 권한이 있습니다.
2. 이 증은 다른 사람에게 대여 또는 양도 할 수 없습니다.
3. 이 증을 습득한 경우에는 가까운 우체통에 넣어 주십시오.