

# 보수교육 [ ] 면제 [ ] 유예 확인서

성 명 :

면허번호:

직 종 :

보수교육 면제·유예 내역:

「의료법 시행규칙」 제20조제9항에 따라 귀하는 보수교육 면제  
· 유예 대상자에 해당함을 확인합니다.

년 월 일

중 앙 회 장

직인