

이수번호 제 호

장애인 건강 주치의 교육 이수증

성명:

소속:

의사면허 번호:

교육 이수내역:

귀하는 년도 의료인 장애인 건강 주치의 교육의 모든 과정을 수료하였으므로, 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제16조, 같은 법 시행령 제7조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조제2항에 따라 위와 같이 교육 이수증을 발급합니다.

년 월 일

보건복지부장관
(교육 위탁 시
위탁기관의 장)

직인