

제 호

항공전문의사 지정서

- 성 명: ○ 생년월일:
- 의사면허증번호:
- 주 소:
- 병원명:
- 조 건:

귀하를 「항공안전법」 제49조제1항 및 같은 법 시행규칙 제105조제3항에 따라 항공전문의사로 지정 합니다.

년 월 일

국토교통부장관

직인