

## 보수교육이수증

성 명 :

면허번호:

직 종 :

보수교육 이수내역:

귀하는                    년도 의료인 보수교육의 모든 과정을 수료하였으므로,  
「의료법 시행규칙」 제21조제2항에 따라 보수교육이수증을 발급합니다.

년        월        일

증 양 회 장

직인