

사 진 (3cm×4cm)	의료지도원증						
제 호							
소 속:							
직 위:							
성 명:		성 별		☐ 남		☐ 여	
생년월일:		년		월		일	
위 사람은 의료지도원임을 증명함							
유효기간		년		월		일부터	
		년		월		일까지	
보건복지부장관, ○○특별시장, ○○광역시장, ○○도지사, ○○특별자치시장 ○○특별자치도지사, ○○시장·군수·구청장						직 인	