[별지서식 9]

제 호

중환자의학 세부전문의 전임의 수료증명서

성 명: 생년월일:

의사면허번호:

전문의 번호:

수련기간: 년 월 일 - 년 월 일

위자는 본 병원에서 소정의 중환자의학 세부전문의 전임의 과정을 수료하였음을 증명함.

년 월 일

병원명:

책임지도전문의:

병원장: