

별지 제 12 호

소아응급의학 세부전문의 자격갱신 신청서

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 일련번호 |  | 의사면허번호 | |  | 세부전문의 자격취득일 (최종갱신일) | |  |
| 전문과목 |  | 전문의번호 | |  | 세부전문의 인정번호 | |  |
| 성 명 | (한글) (한자) | | | | | | |
| 주민등록번호 |  | | | | 전화번호 | |  |
| 자택주소 |  | | | | | | |
| 직장주소 |  | | | | | | |
| 세부전문분야 실무경력 | 근무기간 | | 근무처 | | | 직 위 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| 본인은 소아응급의학 세부전문의 자격갱신 지원자로서 본인이 제출한 모든 서류의 기재 사항은 사실과 틀림없음을 확인하며, 만일 기재 사실이 허위인 것으로 판명되었을 때에는 세부전문의 자격갱신 취소 처분에도 이의를 제기하지 않을 것을 서약합니다.  년 월 일  성 명 (인)  **대한소아응급의학회 귀중** | | | | | | | |

65