

신경증환자 전문 치료 인증의 신청서

세부 전공			접수 번호	기재 불요
신청자	성명		생년월일	
	의사면허번호		전 문 의 번 호	_____ 과 _____ 호
	소속기관		직 위	
	최종학력		수련병원	
	전화		팩스 (필수아님)	
	휴대전화		이메일	
※ 이하 항목을 모두 기재하며, 증빙자료와 내용이 일치하여야 합니다.				
대한신경증환자의학회 종신회원 또는 정회원 여부			<input type="checkbox"/> 예 / <input type="checkbox"/> 아니오	
대한신경증환자 이사진으로 참여하여 학회 업무 가능하신지 여부			<input type="checkbox"/> 예 / <input type="checkbox"/> 아니오	
※첨부서류 1. 전문의 자격증 사본 2. 몰입 기간 3개월 확인이 가능한 서류 또는 인증위원회가 인정하는 학술지에 게재된 논문 사본 (PDF) 3. 대한의사협회의 연수평점 확인서				
<p>신경증환자 전문 치료 인증의 자격인정 기준에 동의하며 인증의 심사를 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">20 년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청자 (서명)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">대한신경증환자의학회 귀하</p>				

심 의	인증관리위원회	심의일		담당자	
	상임이사회	심의일		담당자	
	기타				