<서식 1>

신경중환자 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.				
대한신경중환자의학회 종신회원 또는 정회원 여부			□ 예 / □ 아니오	
대한신경중환자 이사진으로 참여하여 학회 업무 가능하신지 여부			□ 예 / □ 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
4. 재직증명서

신경중환자 전문 치료 인증의 자격인정 기준에 동의하며 인증의 심사를 신청합니다.

20 년 월 일

신청자 (서명)

대한신경중환자의학회 귀하

심 의	**인증관리위원회**	**심의일**		**담당자**	
	상임이사회	**심의일**		**담당자**	
	기타				