

<서식 2>

## 확 인 서

신청자 성명:

소속 기관:

상기 신청인은 중환자 치료 경험이 2년이고, 그 기간 중에 아래의 몰입 기간에 해당하는 근무를 하였음을 확인합니다.

\*\* 몰입 기간 근무 조건은

가) 3개월: 주간(day time) 8시간/일 + 5일/주 근무

나) 6개월: 20시간/주, 4시간/일, 3일/주

확인자 성명:

(서명)

소속 기관: