**<서식 1>**

**( ) 분야 초음파 수련 증명서**

성명: 생년월일: 년 월 일

의사 면허번호:

전문의(과): 전문의 면허번호:

수련기간: 년 월 일 부터 년 월 일 까지

위 의사는 본 병원 ( )과에서 ( )개월 간의 수련기간 동안 ( )분야 초음파검사를 ( )건 이상 시행하고 판독하였음을 증명합니다.

 년 월 일

병원명: 과명:

지도전문의: 직인