<서식 2>

(　　) 분야 초음파 경력 증명서

성명:　　생년월일:　　년　　월　　일

의사 면허번호:

전문의(과):　　전문의 번호:

경력기간: 2013년　3 월　1일 부터 2018 년　　월　　일 까지

위 의사는 본 병원에서 (　)년 간 (　　)분야 초음파검사를 (　　)건 이상 시행하고 판독하였음을 증명합니다.

단, **종합 분야**의 경우 복부/골반 혹은 산과 분야에서 (　　)건 이상, 유방 혹은 갑상선/두경부 혹은 근골격 혹은 소아 초음파 분야에서 (　　)건 이상 초음파검사를 시행하고 판독하였음을 증명합니다.

2018년　　월　　일

병원명:

과장 또는 병원장:　　직인