**<서식 2>**

**( ) 분야 초음파 경력 증명서**

성명: 생년월일: 년 월 일

의사 면허번호:

전문의(과): 전문의 번호:

경력기간: 년 월 일 부터 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.

 년 월 일

병원명:

과장 또는 병원장: 직인