<별지서식1-1>

제 호

뇌졸중시술 인증의 수련과정 수료증명서

성명: 생년윌일:

의사면허번호:

전문의번호: 과 호

수련기간: 20 년 월 일 - 20 년 월 일

위 사람은 본 병원에서 소정의 뇌졸중시술 인증의 수련과정을

수료하였음을 증명함.

20 년 월 일

병 원 명 :

수련지도전문의 : 인