<별지 서식 2-2>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 제 호  뇌혈관내수술 참여 확인서 | | | |
| 성명 |  | 생년월일 |  |
| 의사면허번호 |  | 전문의 번호 | 과 호 |
| 소속 |  | | |
| 총 수술 참여 건수 |  | | |
| 주수술자 참여건수 |  | | |
| 보조 수술자 참여 건수 |  | | |
| 수련지도전문의 |  | 연락처 |  |
| 위 사람은 상기 내용과 같이 뇌혈관내수술에 참여하였음을 확인함.  20 년 월 일  병 원 명 :  수련지도전문의 : 인 | | | |