<별지 서식 2-2>

|  |
| --- |
| 제 호뇌혈관내수술 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  |