<별지서식 2-3>

**뇌혈관내수술 인증병원 인력**

**병원명:**

|  |  |
| --- | --- |
| 뇌혈관내수술 인증의 | |
| 이름 | 진료과 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 뇌혈관 개두술 신경외과 전문의 | |
| 이름 | 진료과 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 혈관조영실 전담 간호사 및 방사선사 | |
| 이름 | 직군 (간호사 또는 방사선사) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |