[기준: 최근 5년간 250건 이상의 심초음파 검사를 실시]

|  |
| --- |
| **심초음파 경력 증명서**    **성명 :**                      생년월일 :       년      월      일       의사면허번호 :       전문의면허번호 :                 (과)    검사기간:          년     월    일 부터           년     월     일 까지    위 의사는 본 병원에서 ( ) 년간 ( ) 건 이상의 심초음파 검사를  시행 및 판독하였음을 증명합니다.    년        월       일    **병 원 명 :**  **병 원 장 (과장) :                    (직인)** |