[기준: 최근 5년간(2020.01 이후) 250건 이상의 심초음파 검사를 실시]

|  |
| --- |
|  |
| **심초음파 경력 증명서** |
| 성명: |  | 생년월일: | 년 월 일 |
| 의사면허번호: |  |
| 전문의면허번호: |  | (과) |  |
| 검사기간: | 년 월 일부터 년 월 일까지 |
|  |
| 위 의사는 본 병원에서 ( )년간 ( )건 이상의 심초음파 검사를 시행 및 판독하였음을 증명합니다. |
|  년 월 일 |
| **병원명:**  |  |  |  |
| **병원장(과장):** |  | **(직인)** |  |