[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)** | |  | |