|  |
| --- |
| **심초음파 경력 증명서**    **성명 :**                      생년월일 :      년      월      일    의사 면허 번호 :    전문의 면허 번호 :                 (과)  년     월    일 부터          년     월    일 까지  위 의사는 본 병원에서 최근 5년간 500건 이상의 심초음파 검사를  시행 및 판독하였음을 증명합니다.  년        월       일  **병 원 명 :**  **병 원 장 (과장):                    (직인)** |

**심초음파 경력 증명서 (2013. 01. 이후)**