**내과전공의 초음파지도전문의 심사 추천서**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **성 명** | (한글) | | **면허번호** | |  |
| (영문) | | **전문과/전문의 번호** | |  |
| **소속과** |  | | **근무의료기관명** | |  |
| **근무 의료기관 주소** |  | | | | |
| **전화번호** |  | | **핸드폰 번호** |  | |
| **이메일 주소** |  | | | | |
| **시술 건수** |  | | | | |
| **시술 기간** |  | | | | |
| 상기인은 복부초음파 지도인증의 자격 취득을 위한 요건인  최근 5년 이내 총 200건 이상 (최소 3년 이상의 시술 경력)의  복부 초음파 검사를 시행하고 판독한 경험이 있기에 추천합니다.  2019 년 월 일 | | | | | |
| **병원장 성명** | |  | **소속 기관** |  | |
| **병원장 서명 및 직인** | | **직인(근무기관 직인)** | | | |