|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 사진첨부(사진붙이기) |  | **이름** |  | **의료인** |  |
|  | **영문이름** |  | **생년월일** | / / 나이 (만 ) |
|  | **휴대폰** |   | **전화번호** |   |
|  | **E - mail** |  | **성별** |  |
|  | **주소** | (거주지) |
| **주소** | (근무지) |
| C:\Users\김선옥\Desktop\OIA 2020\로고\MONO\ASOME(RGB,MONO)-05.jpg |
| **학력사항** (최종학력: 대학교~ 대학원) |
| **재학기간** | **학교명 및 전공** | **구분** | **학위** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| **최근의료인 경력사항** |
| **기간** | **활동 내용 (근무, 개업의등)** | **직위** | **기관 및 장소** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
| **최근 교육 및 연수 사항** |
| **기간** | **과정명** | **기관** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **자기기소개****(개인소개 외 수강목적, 요청사항 등)**

|  |
| --- |
|  |

 |
|  |
| **의료 면허증 (라이센스) 및 자격증 / \*증빙서류 원본 복사본 (사진) 제출 (FAX 추천, 이메일 첨부 가능)** |
| **취득일** | **면허증/자격증** | **등급** | **발행처** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| 위에 기재한 사항은 사실과 틀림이 없습니다.**2023년 월 일****성명 : (인)**  |