|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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)** | | | | | | | | | | |