

사진첨부 (이미지파일붙이기)	이름		의료인	치료사/의사/한의사/치과의사/ 그외		
	영문이름	여권과동일		생년월일	00/00/00 나이 (만 00 )	
	휴대폰	010-0000-0000	전화번호	00-000-0000		
	E - mail		성별			
	주소	(수료증 및 회원증 발송용)				
	지원	주말반 ( 0 ) 주중반 ( 0 ) 기타: 상관없음				



학력사항 (최종학력: 대학교~ 대학원)

재학기간	학교명 및 전공	구분	학위
0000.00~0000.00	00대학교 000학과	졸업	학사
	00대학교 000학과	재학/졸업	석사, 박사

최근의료인 경력사항

기간	활동 내용 (근무, 개업의등)	직위	기관 및 장소
0000.00~0000.00			

최근 교육 및 연수 사항

기간	과정명	기관

자기소개

(개인스토리, 강의목적, 요청사항 등. ASOM에서는 한분한분의 모든 뜻이 이루어 지도록 돕고 싶어 스토리를 듣고 싶어합니다)

의료 면허증 (라이센스) 및 자격증 / \*증빙서류 원본복사본 제출 (FAX 추천, 이메일 첨부 가능)

취득일	면허증/자격증	등급	발행처

위에 기재한 사항은 사실과 틀림이 없습니다.

2020년    월    일

성명 :                    (인)

## 지원서제출가이드라인

1. 지원서는 자필 (PDF파일이용) 혹은 컴퓨터작성 (WORD파일이용) 하시면 됩니다. [홈페이지 다운로드]

### 2. 제출서류

- 지원서 1부
- 면허증사본 (의사, 치료사, 한의사등. 그외 해외 등록 의료인은 별도 증빙자료 첨부)

### 3. 보내시는 방법

- 모든 서류는 온라인으로만 접수합니다.
- 이메일: [asom.osteomedicine@gmail.com](mailto:asom.osteomedicine@gmail.com)
- FAX: 02-6499-8477
- 문의: 02-525-8477 (9월부터 전화상담 가능합니다)
- 문자: 010-2482-8477 (문자문의 가능하며, 접수후 면접위한 안내문자 발송드립니다)