



**대한임상초음파학회 초음파 검사인증의 인증 심사 추천서**

성명		면허번호	
		전문번호	
소속과		근무의료기관명	
근무기간	( )년 ( )월 ( )일 ~ ( )년 ( )월 ( )일		
이메일 주소		핸드폰번호	
근무의료기관 주소			
인증 분야	복부/골반( )    갑상선/두경부( )    혈관( )    근골격( )		
<p>상기인은 대한임상초음파학회 임상초음파 검사인증의 자격 취득을 위한 요건인 최근 5년 이내 총 200건 이상의 초음파 검사를 시행하고 판독한 경험이 있기에 추천합니다.</p> <p style="text-align: right;">20    년    월    일</p>			
병원장 성명		소속 기관명	
병원장 서명 및 직인	직인 (근무기관 직인)		