[기준: 최근 5년간 500건 이상의 심초음파 검사를 실시]

|  |
| --- |
| **심초음파 경력 증명서**    **성명 :**                     생년월일 :      년     월     일       의사 면허 번호 :       전문의 면허 번호 :                (과)    검사기간:          년    월    일 부터          년    월    일 까지    위 의사는 본 병원에서 ( ) 년간 ( ) 건 이상의 심초음파 검사를 시행 및 판독 하였음을 증명합니다.    년        월       일    **병 원 명 :**  **병 원 장 (과장):                    (직인)** |