

한방전공의 기록카드

(앞 쪽)

No. _____

국적				성명	한글		한자		사 진 (3.5cm×4.5cm)	
주소				생년월일			성별			
학력	년 월 일 고등학교 졸업			년 월 일 대학교 한의과대학 졸업						
징집보류기간	년 월 일 ~ 년 월 일			한의사 면허	제 호 . . . 발급					
병역사항	육군()	입대일	. . .		전역일	. . .		병역의 종류	미필()	
	해군()				병과					
	공군()					면제()				
일반과정	임용	한방병원장 확인	등록 확인	실태조사 확인	수료	한방병원장 확인		수료 확인		
		병원명: 원장명: 인 날짜: . . .		날짜: 조사반장: 서명 또는 날인: 인		병원명: 원장명: 인 날짜: . . .				
특기사항					일반 과정 근무 성적	총점	평균	석차	등급	
									A	B
									C	
				한방병원장 확인 인						

No. _____		전문과정 _____ 과							
연차		한방병원장 확인	전속지도전문의 확인	등록 확인	실태조사 확인		한방병원장 확인	전속지도전문의 확인	수료 확인
1	임용	병원명: 원장명: 직인: 날짜:	성명: 면허번호: 서명 또는 날인:		날짜: 조사반장: 서명 또는 날인:	수료	병원명: 원장명: 직인: 날짜:	성명: 면허번호: 서명 또는 날인:	
2	임용	병원명: 원장명: 직인: 날짜:	성명: 면허번호: 서명 또는 날인:		날짜: 조사반장: 서명 또는 날인:	수료	병원명: 원장명: 직인: 날짜:	성명: 면허번호: 서명 또는 날인:	
3	임용	병원명: 원장명: 직인: 날짜:	성명: 면허번호: 서명 또는 날인:		날짜: 조사반장: 서명 또는 날인:	수료	병원명: 원장명: 직인: 날짜:	성명: 면허번호: 서명 또는 날인:	
특 기 사 항	해임 관련 사항 등을 적습니다.								