

[별지 제6호서식]

(앞 쪽)

N O . _____		치과의사전공의 등록카드											
국 적					성 명	한글			한자			사진 (3cm×4cm)	
주 소					생년월일				성별				
학 력	년 월 일 고등학교 졸업				년 월 일 대학교 치과대학 졸업 또는 치의학전문대학원 졸업								
징집보류 기 간	년 월 일 ~ 년 월 일				치과의사 면허		제 호 . . . 발급						
병 역 사 항	육군 ()	입 대 일 자		. . .		전 역 일 자		. . .		병역 사항	미 필 ()		
	해군 ()	병과(兵科)				계 급					예비역 ()		
인 턴 과 정	임 명	병원장 확인		등록 확인		실태조사 확인		수 료	병원장 확인		수료 확인		
		일 자 . . .	병원명 원장명 [인]		일 자 . . . 조사반장 서명 또는 날인		일 자 . . .		병원명 원장명 [인]				
특 기 사 항								일반 과정 근무 성적	총점	평균	석차	등급	
												A	B
												C	
							병원장 확인 [인]						

297mm×210mm[보존용지(1종) 120g/㎡]

(뒤 쪽)

NO. _____		전공과목 _____ 과							
연차		수련병원(수련기관)장 확인	전속지도전문의 확인	등록 확인	실태조사 확인		수련병원(수련기관)장 확인	전속지도전문의 확인	수료 확인
1	임 명	병원(기관)명 원장(기관장)명 직인 일자	성명 면허번호 서명 또는 날인		일자 조사반장 서명 또는 날인	수 료	병원(기관)명 원장(기관장)명 직인 일자	성명 면허번호 서명 또는 날인	
2	임 명	병원(기관)명 원장(기관장)명 직인 일자	성명 면허번호 서명 또는 날인		일자 조사반장 서명 또는 날인	수 료	병원(기관)명 원장(기관장)명 직인 일자	성명 면허번호 서명 또는 날인	
3	임 명	병원(기관)명 원장(기관장)명 직인 일자	성명 면허번호 서명 또는 날인		일자 조사반장 서명 또는 날인	수 료	병원(기관)명 원장(기관장)명 직인 일자	성명 면허번호 서명 또는 날인	
특기 사항	※ 해임 관련 사항 등을 적습니다.								