

제 호

간 호 조 무 사 보 수 교 육 이 수 증

성명

생년월일

주소

보수교육
이수 내역

자격번호

제

호

귀하는 년도 간호조무사 보수교육의 모든 과정을 마쳤으므로, 「간호법
시행규칙」 제16조제3항에 따라 이수증을 발급합니다.

년 월 일

보건복지부장관 직인