제19차 노인병전문의 자격인정증 시험 등록 신청서

**시험 등록 신청서는 가급적 이메일로 회신하여 주바라며, 부득이하게 신청서를 작성하실 경우 팩스(02-501-4465)로 보내주시기 바랍니다.**

**(응시원서와는 별도입니다.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 성 명 |  | | | | 의사면허번호 | |  | | |
| 병원명 |  | | | | 전문의번호 | |  | | |
| 전공과목 |  | | 전문의 | | | 전공의 | | | 일반의 |
| 우편물  수령주소 |  | | | | | | | | |
| 전 화 |  | | | | **팩스** | | |  | |
| 휴대폰 |  | | | | **e-mail** | | |  | |
| 시험 등록비(추계학술대회 사전등록비/교재비/자격인정증 발급비 포함) | | | | **□ \ 140,000** | | | | | |
| **☞ 등록비 입금 확인 후 문제집, 응시원서, 수험표가 기재하신 주소지로 우송됩니다.** | | | | | | | | | |
| 송금인 | |  | | | 송금일 | | |  | |
| 입금처 | | 신한은행 345-12-275950 (예금주 – 오경훈) | | | | | | | |

**[신청서 접수 방법 안내]**

* **이메일 접수 : simonoh69@hanmail.net**
* **팩스 접수 : 02-501-4465**