

제 호

**중환자의학 세부전문의 수련병원 지정 및
수련프로그램 인증서**

병원명칭:

소재지:

기간:

위와 같이 중환자의학 세부전문의 수련병원 및 수련프로그램 인증기관으로 지정함.

년 월 일

대한중환자의학회 회장 귀하