체외순환사 자격인증시험 추천서

*** 지원자 기재사항 ***

성 명 :

생년월일 :

소속병원 및 부서 :

의료면허종류 : 면허번호 :

체외순환사 근무기간 : 년 월 일 ~ 년 월 일

주도적인(Main) 체외순환 운영 : 례

지원자 성명 _____ 서명 _____

*** 추천인 기재사항 ***

소속병원 및 부서 :

직 위 :

추천인 성명 _____ 서명 _____

위의 지원자는 체외순환사로서 5년 이상근무 경력 또는
주도적 150례 이상 체외순환 운영으로 자격인증 시험을
볼 수 있는 자격이 된다고 인정됩니다.

2023년 월 일

해당 병원 _____ 직 인

대한흉부심장혈관외과학회 이사장님 귀하