

보건의료정보관리 인증 프로그램 참여 신청서

학 과		신 청 자 성 명	
학 번		학 년	
편입/전과 구분			

위와 같이 보건의료정보관리 인증 프로그램을 참여하고자 신청합니다.

20 년 월 일

신청자 : (인)

승인일		프로그램책임자 서명	
-----	--	---------------	--

서영대학교 보건의료행정과 보관용