**정보의학 인증의 제 5기 지원서**

지원번호 : 호

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Certified Physician in Biomedical Informatics (CPBMI)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 지 원 자 | 성 명  (남, 여) | 한글 | |  | | 직장명 | |  | | | | | | | | | 사진 |
| 한문 | |  | | 직위 | |  | | | | | | | | |
| 영문 | |  | | 직장주소 | | (우: ) | | | | | | | | |
| 생년월일 |  | | | 사무실전화 | |  | | | 핸드폰 | |  | | | | |
| 현주소 |  | | | | | | | | Email | |  | | | | |
| 취미 |  | | | | | | | | Fax | |  | | | | |
| 경력 | 년 월 | |  | | | | | 전문과목 | |  | | | | 자격증 | |  | |
| 년 월 | |  | | | | | 학 력 | 년 월 | | | | 고등학교 졸엄 | | | | |
| 년 월 | |  | | | | | 년 월 | | | | 대학교 대학 과 졸업 | | | | |
| 년 월 | |  | | | | | 년 월 | | | | 대학교 대학원 과 수료. 졸업 | | | | |
| 소속 | 소속기관 | |  | | | | | 년 월 | | | | 과정 수료(특수과정) | | | | |
| 소속단체 | |  | | | | | 지원 경위 | | | 추천( ) , 안내책자( ), 광고( ) | | | | | | |
| 소속학회 | |  | | | | | 추천 지원의 경우 추전인 성명 | | | | | | |  | | |
| **본인은 정보의학인증의 과정을 수료하고자 지원합니다.**  **20 년 월 일**    **지원자 (인)**  **대한의료정보학회 정보의학인증의 관리위원장 귀하** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

****

|  |  |
| --- | --- |
| **귀하가 정보의학인증의 과정에 지원하게 된 동기를 구체적으로 기술하여 주시기 바랍니다.** | **귀하가 정보의학인증의 과정에 기대하는 바를 구체적으로 기술하여 주시기 바랍니다.** |
| **1.  지원동기** | **2.  기대하는 바** |

\* 서식에 구애받지 마시고 자유롭게 기술하여 주시기 바랍니다. (별도 파일로 제출하셔도 됩니다.