**정보의학 인증의 제 9기 지원서**

지원번호 : 호

|  |
| --- |
| **Certified Physician in Biomedical Informatics (CPBMI)** |
| 지 원 자 | 성 명(남, 여) | 한글 |  | 직장명 |  | 사진 |
| 한문 |  | 직위 |  |
| 영문 |  | 직장주소 |  |
| 생년월일 |  | 사무실전화 |  | 핸드폰 |  |
| 현주소 |  | Email |  |
| 취미 |  | Fax |  |
| 경력 |  년 월 |  | 전문과목 |  | 자격증 |  |
| 년 월 |  | 학 력 | 년 월 |  고등학교 졸업 |
| 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 |  |
| 소속학회 | 대한치과보철학회,  | 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.)