

별지 서식 목록

[별지 제 1 호]

:유전상담사 연수교육 수료증

[별지 제 2 호]

: 유전상담사 자격인정시험 응시원서

[별지 제 3 호]

: 유전상담 경력 확인서

[별지 제 4 호]

: 유전상담사 자격갱신 신청서

[별지 제 5 호]

: 유전상담사 보수교육 수료증

[별지 제 6 호]

: 유전상담일지 확인서와 유전상담일지

[별지 제 1 호]

유전상담사 연수교육 수료증

제 호

유전상담사 연수교육 수료증

위 사람은 대한의학유전학회에서 주최하는
유전상담사 연수교육을
이수하였기에 이 증서를 수여함

년월일

대한의학유전학회
유전상담위원회

[별지 제 2 호]

유전상담사 자격인정시험 응시 원서 (필기)

일련번호*		자 격	의사. 간호사. 기타	사 진 (3 x 4 cm)
성 명	(한글)	(영문)		
주민등록번호	-			
E-mail		H P		
근 무 지		직장전화		
최종학력		기간	학교명	
최근 5 년간 근무경력	직 급	근무기간	근무 병원/기관	
<p>*표는 학회기재란이므로 기재하지 마십시오.</p> <p>본인은 대한의학유전학회 유전상담사 자격인정시험 응시자로서 제출한 모든 서류의 기재사항은 사실과 틀림없음을 확인하며, 만일 기재사실이 허위인 것으로 판명되었을 때에는 자격 취소처분에도 이의를 제기하지 않을 것을 서약합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일 성명 (인) 대한의학유전학회 귀중</p>				

유전상담사 자격인정시험 응시 원서 (실기)

일련번호*		지원분야 (복수지원 가능)	산전, 소아, 성인, 암	사 진 (3 x 4 cm)
성 명	(한글)	(영문)		
주민등록번호	-			
E-mail		H P		
근 무 지		직장전화		
최종학력		기간		학교명
최근 5 년간 근무경력	직 급	근무기간	근무 병원/기관	
<p>*표는 학회기재란이므로 기재하지 마십시오.</p> <p>본인은 대한의학유전학회 유전상담사 자격인정시험 응시자로서 제출한 모든 서류의 기재사항은 사실과 틀림없음을 확인하며, 만일 기재사실이 허위인 것으로 판명되었을 때에는 자격 취소처분에도 이의를 제기하지 않을 것을 서약합니다.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 년 월 일 성명 (인) 대한의학유전학회 귀중 </p>				

유전상담 경력 확인서

피추천인 성명:

생년월일:

위 사람은 최소한 2년 이상 유전상담 분야에서
근무한 경력이 인정되는 바로 유전상담사 자격인
정시험에 응시할 자격을 인정함.

주요 유전상담 분야:

년 월 일

대한의학유전학회 인증의 성명

(인)

대한의학유전학회 귀중

[별지 제 4 호]

유전상담사 자격갱신 신청서

일련번호*		분야	산전, 소아, 성인, 암	사 진 (3 x 4 cm)
성 명	(한글)	(영문)		
주민등록번호	-			
E-mail		H P		
근 무 지		직장전화		
최근 5 년간 근무경력	직 급	근무기간	근무병원 (기관)	
유전상담사 자격취득 연도 및 번호	()년	No. ()		
유전상담사 심포지엄 참석연도	1.	2.		
	3.	4.		
	5.			
유전상담 횟수	() 건			
<p>*표는 학회기재란이므로 기재하지 마십시오.</p> <p>본인은 대한의학유전학회 유전상담사 자격갱신 신청자로서 제출한 모든 서류의 기재사항은 사실과 틀림없음을 확인하며, 만일 기재사실이 허위인 것으로 판명되었을 때에는 자격 취소 처분에도 이의를 제기하지 않을 것을 서약합니다.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20%;">년 월 일</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20%;">성명 (인)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20%;">대한의학유전학회 귀중</p>				

[별지 제 5 호]

유전상담사 보수교육 수료증

제호

유전상담사 보수교육 수료증

위 사람은 대한의학유전학회에서 주최하는
유전상담사 보수교육을
이수하였기에 이 증서를 수여함

년 월 일

대한의학유전학회
유전상담위원회

[별지 제 6 호]

유전상담일지 확인서

유전상담 일지 확인서

위 사람은 본인의 지도 하에
10례 이상의 유전상담을
시행하였음을 확인함

년 월 일

대한의학유전학회 인증의 성명 (인)

대한의학유전학회 귀중

유 전 상 담 일 지 요 약

1. 상담자 이름:
2. 소속:
3. 지원분야 (복수지원 가능, 해당분야 ○ 표시): 산전, 소아, 성인, 암
4. 상담일지 분야별 개수:

유 전 상 담 일 지

1. 연번:
2. 상담자 이름:
3. 상담적응증/진단명:

날짜 (연월일)		기관(병원)명	
상담 지도자 (유전상담 인증의) 성명		상담분류 (산전, 소아, 성인, 암, 신경질환)	
임신여부 (유/무)		소아/성인	
Affected (예/아니오)		가족참여 (예/아니오)	

4. 상담내용

환자정보			
성명 (이니셜)		성별/나이	
진단명/진단연령		진단일/진단병원	
병력청취			
가계도 작성			
위험도 평가			
검사 후 상담			
기타			
내담자 문의/대응 내용	1. 문의 : 대응 :		

	2. 문의 : 대응 :
	3. 문의 : 대응 :

<가계도>

피상담자(이니셜) :

상담 및 가계도 작성자:

가계도 작성일:

