

의료영상 판독 소견서

검진기관		구 분	검진
검진종류 (사업장명)		검사 부위	검사명 흉부방사선촬영
등록(촬영) 번호			촬영일자
성 명		성별	나이
접수일		교부일자	

분류번호	기 호	판 독 소 견

판 독 의	근 무 처	
	판독 일자	
	면허 번호	
	성 명	

사단법인 **대한 의료영상진단협회**

중앙 판독 위원 회장 (인)

발행 번호 : _____