

「지역의사선발전형 선발 등에 관한 고시」 제정안 검토의견

※ 법인·단체명 : 000/ 성명 : 000(전화번호 기재)

제정안	수정안	검토의견

「지역의사 지원 등에 관한 고시」 제정안 검토의견

※ 법인·단체명 : 000/ 성명 : 000(전화번호 기재)

제정안	수정안	검토의견

「지역의사의 의무복무에 관한 고시」 제정안 검토의견

※ 법인·단체명 : 000/ 성명 : 000(전화번호 기재)

제정안	수정안	검토의견