|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **협력기관 간 [진료의뢰˙회송 시범사업]**  **참여 신청서** | | | | **차의과학대학교 분당차병원 진료협력센터** | | | | |
|
| ㆍ ㉾13496 경기도 성남시 분당구 야탑로 59 | | | | |
| ㆍ 문 의 : 031-780-5164 | | | |  |
| ㆍ E-mail : rc5168@chamc.co.kr | | | |  |
| ㆍ 팩 스 : 031-780-5169 | | | |  |
|  | | | |  |
|  |  |  | |  |  |  |
| **\* 표시는 필수 작성 사항입니다.** | |  | |  |  |  |
| **\*기관명** |  | **\*대표원장** |  | | | |
| **\*요양기관번호** |  | | | | | |
| **\*주소** | (우편번호) | | | | | |
| **\*담당부서** |  | | | | | |
| **\*담당자** |  | | | | | |
| **\*연락처** | **전화번호 :** | **FAX 번호 :** | | | | |
| **담당자 HP :** | | | | | |
| **E-mail :** | | | | | |
| **기타 참고사항** |  | | | | | |
| **분당차병원 [진료의뢰˙회송 시범사업] 참여에 협력기관으로 신청합니다.**  \* 제공한 개인 정보는 협력기관 간 [진료의뢰-회송 시범사업] 업무에 한하여 사용하는 것에 동의합니다. | | | | | | |
| **신청일자 : 2025년 월 일**    **담 당 자 : (서명)** | | | | | | |