|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  **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)** |