

종합병원 [진료의뢰-회송시범사업]

참여 협력기관 신청서

기관명		대표원장	
요양기관번호			
주소			
담당부서			
담당자			
연락처	전화번호 :	Fax :	
	담당자 HP :		
	E-mail :		
기타 참고사항			

분당차병원 진료의뢰-회송 시범사업 참여에 협력기관으로 신청합니다.

신청일자 :

담 당 자 : (서명)

(문의 : ☎ 031-780-5164. 5168)

회신번호 FAX. 031-780.5169]

차의과학대학교 분당차병원 대외의료협력실 진료협력팀