SNUH 서울대학교병원

서울대학교병원과의 '진료의뢰-회송 시범사업' 참여 신청서

[참여기관 추가 모집 기간 : 2017년 12월 6일 ~ 2017년 12월 28일]

의료기관명		
요양기관번호		
대표원장명		
주　　소		
진료협력 담당정보	담당부서	
	담당자명	❑전화 : ❑팩스 : ❑E−mail :

※ 상기 정보에 대한 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

본 기관은 서울대학교병원의 진료협력의료기관으로서
'진료의뢰· 회송 시범사업'에 함께 참여하고자 합니다.

2017.　　.　　.　　대표자 :　　　　(인)

신청 방법 : 메 일 1000@snuh.org ▮팩 스 02-763-0395
문　　의 : 서울대학교병원 진료협력센터 (☎ 02-2072-2066)
(※ 신청서 접수 후 확인 전화 부탁드립니다.)

SEOUL NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL