

서울대학교병원과의 ‘진료의뢰-회송 시범사업’ 참여 신청서

의료기관명			
요양기관기호			
대표원장명			
의료기관 주소			
진료협력 담당	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.

2019. 대표자 : (인)

신청 방법 : 메 일 1000@snuh.org

팩 스 02-762-5172 or 02-763-0395

문 의 : 서울대학교병원 진료협력센터 (☎ 02-2072-2066)

(※ 신청서 접수 후 확인 전화 부탁드립니다.)

