「 협력기관 간 진료의뢰 • 회송 시범 사업 」
참여 동의서

보건복지부 "협력기관간 진료의뢰 • 회송 시범사업"에 참여를 원하시는 경우, 아래 내용을 참고하시어 동의서 작성후 회신 부탁드립니다.

의료기관명		대표원장명	
요양기관번호		요양기관구분	
주소			
전화번호			
담당부서			
담당자			
담당자연락처 **(필수기재)**	전화번호		
	E-mail		
	Fax		

시범사업 참여에 따른 상기 개인 정보제공에 동의합니다.

본 시범사업의 취지와 추진 사항을 충분히 이해하고 상기와 같이 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (인)

화홍병원병원장 귀하

문의처 및 회신처 : 화홍병원 진료협력센터

Fax : 031-8021-6994

이메일 : hhgh1@naver.com

★ Fax 또는 E-mail 회신 부탁드립니다.

문의전화 031-8021-6917 또는 031-8021-6939