



함께한 신뢰 40년
함께할 도약 100년

원광대학교병원과의 〔진료의뢰 · 회송 시범사업〕 참여동의서

협력 병(의)원 정보입력란

요양기관번호				
요양기관명				
주 소				
진료협력 (담당)	담당부서		담당자명	
	연락처 ☎		팩 스	
	핸드폰 HP		E-mail	

※상기 정보에 대한 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

본 기관은 원광대학교병원의 진료협력 병(의)원으로서
‘진료의뢰 · 회송 시범사업’ 에 함께 참여합니다.

201 년 월 일

개설자(대표자): (인)

신청방법 : 팩 스 063)859-2587

문의사항 : 진료협력센터 063)859-2226
010-3426-2500

「♣ 신청서 접수 후, 확인 전화 부탁드립니다」