협력기관 간 진료의뢰-회송 시범사업 참여 신청서

* 필수기재 사항

의료기관명*		요양기관구분*	
대표자성명*		요양기관번호*	
주 소*			
전 화 번 호*		팩 스 번 호*	
홈 페 이 지			
담 당 부 서*		담 당 자*	
담 당 자* 연 락 처			

본 시범사업의 취지와 추진사항을 충분히 이해하고 상기와 같이 신청합니다.

년 월 일

(신청인) 병/의원장 : (인)

의료법인 인당의료재단 서울부민병원장 귀하

서울부민병원과 함께 진료의뢰-회송 시범사업에 참여하고자 하는 기관에서는 다음과 같이 회신바랍니다.

1. **회신 내용** : 시범사업 참여 신청서
2. **회신 방법** : 이메일 또는 팩스로 신청서 발송 후 확인바랍니다.

① E-mail : pink9939@bumin.co.kr
② 팩스 : 02-2063-3547
③ 전화 : 02-2620-0125