

# 협력기관 간 진료의뢰-회송 시범사업 참여 신청서

\* 필수 기재 사항

의료기관명*		요양기관구분*	
대표자성명*		요양기관번호*	
주 소*			
전화번호*		팩스번호*	
홈페이지			
담당부서*		담당자*	
담당자* 연락처			
<p>본 시범사업의 취지와 추진사항을 충분히 이해하고 상기와 같이 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">년      월      일</p> <p>(신청인) 병/의원장 : (인)</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em; margin-top: 20px;">의료법인 인당의료재단 해운대부민병원장 귀하</p>			

해운대부민병원과 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 : euphoria0505@bumin.co.kr

② 팩스 : 051-747-8221

③ 전화 : 051-602-8030