

협력기관 확인서



고신대학교복음병원
KOSIN UNIVERSITY GOSPEL HOSPITAL

운영시간 09:00~17:30 (월~금) / 홈페이지 <http://www.kosinmed.or.kr>
 진료의뢰센터 TEL 051-990-6623~4 FAX 051-990-3314
 대외협력실 TEL 051-990-3700 FAX 051-990-3600

예약진료과		예약교수	
예약시간		연락처	- -
확인대상자	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 가족		
본인	협력기관명		
	부서		
	사번 (회원번호)		
	성명		
가족 사항	성명		
	주민등록번호	-	
	본인과의 관계		
협력담당 부서	부서명		
	담당자		
	연락처		

다음과 같이 협력기관의 직원 (회원)
 직원 (회원)의 가족임을 확인합니다.

20 년 월 일

신청자 : (인)

협력기관명 : (인)

고신대학교복음병원 귀하

- ※ 협력기관 확인서를 작성, 병원 방문 2일 이내 진료의뢰센터에 제출하여야 감면이 가능합니다.
- ※ '서명'란에는 기관 직인의 경우만 유효합니다.
- ※ 위 확인서를 진료의뢰센터로 팩스 넣어주시면, 예약 후 명시된 휴대폰으로 예약 확인문자가 전송됩니다.
- ※ 협력기관 확인서는 고신대학교복음병원 홈페이지 진료협약기관에서 다운로드 받으실 수 있습니다.