협력기관 간 진료 의뢰-회송 시범사업 참여 신청서

기 관 명 *			요양기관구분 *	
대표자성명 *			요양기관번호 *	
주 소*	()			
전 화 번 호 *			전 송(FAX) *	
홈 페 이 지				
화상회의시스템 구비유무	□ 유	☐ 5	무 (특정 기준,	모델 없음)
담당부서 *			담당자 *	
담당자연락처 *	전화 : e-mail :		전송(fax) :	

본 시범사업의 취지와 추진 사항을 충분히 이해하고 상기와 같이 신청합니다.

 20
 년
 월
 일

 신청인
 (인)

메리놀병원 병원장 귀하

- * 필수 기재 사항입니다.
- * 귀원은 추가 참여기관으로 매년 반기 마지막 월에 본원이 보건복지부로 제출 후 승인을 받으면 시범사업에 적용됩니다.

• 담당 부서 : 메리놀병원 진료지원센터

• 우편접수 주소 : (48972) 부산광역시 중구 중구로 121 (대청동4가)

• 문의처

- 전화 : 051) 461-2415, 2304 - E-MAIL : <u>mrc@maryknoll.co.kr</u>

- FAX: 051) 466-5198