



# 한림대학교 한강성심병원

## 고객지원실

한림대학교한강성심병원 협력병원 협약 신청서						
병원(의원)명						
대표		요양기관번호				
		호				
설립일자		설립구분				
전화번호		FAX				
주소(우편번호)	( )					
HomePage						
병원현황	총 병상 (병동 : , 중환자실 : , 응급실 : )					
	호스피스	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유				
	격리병상	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ( Bed)				
	투석실	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ( Bed)				
	Ventilator	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ( Bed)				
	재활치료	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 ( <input type="checkbox"/> 작업 <input type="checkbox"/> 운동 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 연하)				
병원장 인적사항	성명			생년월일		
	출신학교			전공		
	휴대폰			E-mail		
개설진료과 및 진료과별 의사명						
의사명	면허번호	진료과	휴대폰	E-mail	출신학교	졸업년도
진료의뢰 및 전원 담당자 현황						
성명	부서명	직책	전화번호	Fax	휴대폰	E-mail
협력병원(의원) 협약신청	<p>한림대학교한강성심병원 협력병원(의원) 제도의 운영 내규 규정에 의거하여 서면으로 협약체결을 요청드립니다.</p> <p style="text-align: right;">년      월      일 병원장 (서명 또는 인)</p>					