



한림대학교 한강성심병원

고객지원실

한림대학교 한강성심병원 협력병원 협약 신청서

병원(의원)명			
대표		요양기관번호	
설립일자		설립구분	
전화번호		FAX	
주소(우편번호)	()		
Homepage			
병원현황	총 병상 (병동 : , 중환자실 : , 응급실 :)		
	호스피스	☐ 무 ☐ 유	
	격리병상	☐ 무 ☐ 유 (병ed)	
	특석실	☐ 무 ☐ 유 (병ed)	
	Ventilator	☐ 무 ☐ 유 (bed)	
	재활치료	☐ 무 ☐ 유 (☐ 작업 ☐ 운동 ☐ 언어 ☐ 연하)	
병원장 인적사항	성명		생년월일
	출신 학교		전공
	휴대폰		E-mail
개설진료과 및 진료과별 의사명			
의사명	면허번호	진료과	휴대폰
			E-mail
			출신 학교
			졸업년도
진료의뢰 및 전원 담당자 현황			
성명	부서명	직책	전화번호
			Fax
			휴대폰
			E-mail
협력병원(의원) 협약신청	한림대학교 한강성심병원 협력병원(의원) 제도의 운영 내규 규정에 의거하여 서면으로 협약체결을 요청드립니다. 년 월 일 병원장 (서명 또는 인)		

첨부 : 의료기관개설허가증 사본 1부 (고객지원실 전화 : 02-2639-5772 Fax : 02-2639-5773)