**굿모닝병원 협력병의원 체결 신청서 (의원)**

협력병원 체결을 위해 귀 원에 대한 기본 정보가 필요 하오니 내용 참조하시어 협조 부탁드립니다.

**1. 기관 현황**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 의료기관명 |  | 요양기관번호 |  |
| 주 소 |  |
| 전화번호 |  | 팩스번호 |  |
| 개원일 |  | 의료기관종별 |  |
| 진료과목 |  | 병상수 |  |

**2. 의료진 현황**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 대표원장명 |  | 연락처 |  |
| 생년월일 |  | 성 별 |  |
| 진료과 |  | 면허번호 |  |
| 출신학교 |  | E-mail |  |

 작 성 일: 년 월 일

 신 청 인: (서명)

진료협력센터 전화: 031-5182-7972

 팩스: 031-5182-7969

 이메일: goodmhjob@goodmhospital.co.kr

위 자료는 굿모닝병원과의 진료의뢰, 회송 관련 협력네트워크 운영 용도로만 사용 됩니다.

**신청서 작성 후 팩스 또는 이메일로 보내주시면 확인 후 연락 드리겠습니다.**