

협력병(의)원 배우자 & 직계 가족 및 직원(본인) 확인서

협력병(의)원 배우자 & 직계 가족 및 직원(본인) 확인서			
* 수검자 성명		* 주민등록번호	
* 연락처			
* 확인 사항	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 직계 가족(관계 :) <input type="checkbox"/> 직원(본인)		
* 소속 병(의)원명			
* 소속 병(의)원장 성명	(인)		
* 검진 일시	년	월	일
상기인은 본 병(의)원 배우자 & 직계 가족 및 직원임을 확인합니다.			
노원을지대학교병원장 귀하			

- ▣ 감액 적용을 위하여 배우자 & 직계 가족 및 직원(본인)은 확인서 작성 후 검진일에 제출 부탁드립니다.