

수신 | 협력병(의)원 원장님께

발신 | 노원을지대학교병원 진료협력센터

제목 | 협력병(의)원 병원장님(부부) & 직계 가족, 시니어 직원 대상 휴일 검진 시행 안내 건

1. 귀 원의 건승을 기원합니다.
2. 노원을지대학교병원 진료협력센터에서는 협력병원의 많은 협조와 의뢰에 감사드리며 **병원장님(부부) & 직계 가족, 시니어 직원 대상**으로 아래와 같이 감액을 적용한 **휴일 검진을 시행**하고자 하오니 많은 신청 부탁드립니다.

- 아 래 -

- 가. 검진 일정 : **2025년 3월 16일(일요일) 오전만 진행**(7시 30분 시작)
- 나. 감액 기준 : 병원장님(부부) & 직계 가족, 시니어 직원(최대 2명) 50% 감액
- 다. 신청 기간 : 2025년 2월 28일(금) 오후 4시 마감
- 라. 신청 방법 : **종합건강증진센터 접수 (TEL : 02-970-8181)** 오전 8:00~오후 4:00
- 마. 기타 안내 : 1) 병원장님 우선으로 휴일 검진일 예약 진행  
 2) 예약 상황에 따라 일정 변경될 수 있습니다(감액 기준 동일).  
 3) 감액 적용을 위하여 배우자 & 직계 가족 및 직원(본인)은 확인서 작성 후 검진일에 제출 부탁드립니다.  
 4) 대장내시경 검사 시 용종절제술 가능합니다.

※ 기타 문의 사항은 진료협력센터(TEL : 02-970-8880, 8422)로 연락주시기 바랍니다.

- 첨부 | 1. 협력병(의)원 배우자 & 직계 가족 및 직원(본인) 확인서  
 2. 노원을지대학교병원 건강진단프로그램 1부.

## 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.