

진료 의뢰서



사랑니랑 턱이랑 치과

WISDOM TEETH, JAW AND DENTAL CLINIC

발급일	년	월	일
의뢰 환자	이름	주민등록번호	
	연락처	이메일	
	주소		
	진료 구분	진료 기간	

환자 상태 및 진료 소견

--	--

진료공개동의서	의뢰 병·의원
본인은 진료의뢰 및 협진을 위하여 타 의료기관(또는 해당 의뢰 치과의원)에 본인의 진료 관련 정보(진단명, 치료내용, 방사선 사진, 검사결과 등)를 제공·공유하는 것에 동의합니다. 제공된 정보는 진료 목적 외에는 사용되지 않으며, 개인정보보호법 등 관련 법령에 따라 보호받습니다.	병·의원 명
	담당자 (인)
	연락처
작성일 년 월 일 성명 (인)	

주 소	경기도 부천시 원미구 상동로 79 부천상동수석프라자 4층		
전화번호	032-215-2882 * 목요일, 공휴일 휴진		
진료시간	평 일	월/화/금	오전 10:00 - 오후 07:00
	주 말	토 / 일	오전 09:30 - 오후 03:00
	야간진료	수 요 일	오후 02:00 - 오후 08:00
	점심시간	평 일	오후 01:00 - 오후 02:30

