진료 의뢰서

건대 편한사랑니 치과의원
Comfort Wisdom Teeth Dental Clinic

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

환자 상태 및 진료 소견

진료공개동의서

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.

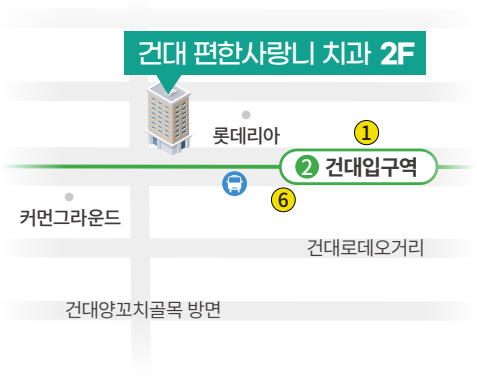
작성일 년 월 일 **성명** (인)

의뢰 병·의원

병·의원 명	
담당자	(인)
연락처	

주 소 서울 광진구 아차산로 207, 선일빌딩 2층

전화번호 02-463-2275 ＊일요일, 공휴일 휴진

진료시간

평 일	월/수/금	오전 10:00 - 오후 07:00
주 말	토 요 일	오전 10:00 - 오후 03:00
야간진료	화 / 목	오전 10:00 - **오후 08:30**
점심시간	평 일	오후 01:00 - 오후 02:00