


# 외 래 교 수 신 청 서

인적사항	성명	한글	(한자)			사 진 (반명함) (3Cm * 4Cm)
		영문				
	생년월일	년 월 일 생 (만 세)				
	주민등록번호	~	연락처	자택	휴대폰	
	현 주소					
근무처	기관명(병원명)			요양기관번호		
	근무부서			직위		
	주소			전화번호		
기 간			학 력 및 경 력			
...-...						
...-...						
...-...						
...-...						
...-...						
...-...						
...-...						
...-...						
...-...						
...-...						
...-...						
<p>※ 경력 란 부족 시에는 별지에 작성하여 붙임</p> <p>※ 제공한 개인정보는 진료협력 업무에 한하여 사용하는 것에 동의하며, 제공된 정보는 진료협력 목적 외의 용도로는 사용하지 않을 것을 서약합니다.</p> <p style="text-align: center;">신청 직급 : <u>외래교수</u></p> <p style="text-align: center;">위촉 기간 : <u>201 . . . . . ~ 201 . . . . . (3년)</u></p> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> <p style="margin-top: 10px;">년                      월                      일</p> <p style="margin-top: 5px;">신청인 :    (서명)</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p style="font-size: large; font-weight: bold;">한양대학교구리병원</p> <p>HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL</p> </div> </div>						

※ 첨부 서류: 1. 의사면허증 사본 1부 / 2. 전문의 자격증 사본 1부/3. 학위증사본 1부/ 팩스 : 031-560-2084