

REQUEST FOR MEDICAL TREATMENT

# 진료의뢰서

의뢰일자

20 . . .

환자 성명		전화번호	
진단명			
진료 소견			
의뢰자		치과명	
의뢰시 첨부물		연락처	

상기환자의 진료를 의뢰합니다.

## 최송제 대표원장

구강악안면외과/통합치 의학과 전문의

월 목 금 am 09:30 - pm 06:00

화 요 일 am 10:00 - pm 08:30

토 요 일 am 09:30 - pm 01:30

점심시간 pm 12:30 - pm 02:00

\* 수요일, 일요일, 공휴일 휴진

### 오시는길

광주광역시 북구 우치로 80, 2층 201호(용봉동,용봉빌딩) 쓱쓱사랑니치과



쓱쓱사랑니치과의원  
구강악안면외과전문의원

예약상담전화

062. 226. 7528