

담 당 의 사 소 견 서

성 명				
주 소				
병 명		기간	입 원	
			통 원	
발 병 일		제출처		
담당의사 소 견				
<p>※ 참고사항</p> <p>1. 청구인의 신체상태가 상기 간병비 또는 보철구 수당 지급사유에 해당되는지 여부와 총 간병기간 또는 보조기 사용기간이 명시되어야 합니다.</p> <p>2. 기재사항이 불명확할 경우 진료기록 등 자료보완을 요청하거나 공단에서 지정하는 의료기관의 진단을 받도록 요구할 수도 있습니다.</p>				
<p>병(의)원 주소 : 대전광역시 중구 용두동 번지 2층 35-17 희영빌딩</p> <p>전화번호 : (042)-719-8850</p> <p style="margin-top: 20px;">병(의)원 명칭 불사조병원</p>				

직인