新竹馬偕醫院轉診特約醫療院所

轉診回覆網路查詢申請表

|  |  |
| --- | --- |
| 資 料 內 容 | |
| 診所(院)名稱 |  |
| 院所負責人 |  |
| 醫療院所地址 |  |
| 醫療院所電話 |  |
| 傳真電話 |  |
| E-mail Address |  |
| 醫事機構代碼 |  |
| 密碼(Password) |  |

醫療機構章:負責人蓋章:

日期: 年 月 日

註:1.密碼請填寫10位以內之數字或英文字母(須區分大小寫)。

2.請您郵寄回覆 地址:新竹市30055光復路二段690號 住院中心收

如有疑問請來電:03-6119595轉3141