

SEVERANCE HOSPITAL

YONSEI UNIVERSITY COLLEGE OF MEDICINE

작성후 하단의 팩스로 보내시고 전화주세요.

- * 환자(산모) 등록번호 또는 주민등록번호 :
- * 성함 :
- * 연락처 :

1. 아기

이름 :
생년월일 : 년 월 일 생

2. 산모

이름 :
생년월일 : 년 월 일 생
나이 : 만 세
주소 :
직업 :

3. 배우자

이름 :
생년월일 : 년 월 일 생
나이 : 만 세
주소 :
직업 :

TEL : 1599 - 1004 FAX : 02 - 2227 - 7879

세브란스 병원
연세대학교 의과대학
서울시 서대문구 연세로 50-1
120-752

50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu,
Seoul 120-752, Korea