

SEVERANCE HOSPITAL

YONSEI UNIVERSITY COLLEGE OF MEDICINE

작성후 하단의 팩스로 보내시고 전화주세요.

내용은 여권과 동일하게 영어로 기재해주세요. (띄어쓰기 대소문자확인)

middle name 은 있는 경우에만 작성해 주세요

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

1. Infant's name (아기 이름)

First name (이름) : _____

Middle name : _____

Family name (성) : _____

2. Mother's name (엄마 이름)

First name (이름) : _____

Middle name : _____

Family name (성) : _____

Mother's nationality (엄마 국적) : _____

Mother's birthday (생년월일) : _____

3. Father's name (아빠 이름)

First name (이름) : _____

Middle name : _____

Family name (성) : _____

Father's nationality (아빠 국적) : _____

Father's birthday (생년월일) : _____

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