수 탁 변 경 신 청 서

신청자	전산부장	부장	센터장	병원장
/	/	/	/	/

인적사항	**신청자**		**신청자소속**	
	직 급		**연락처**	
종 류	☐ 전체할인 ☐ 전체삭제 ☐ 부분할인 ☐ 부분삭제 ☐ 기 타 ( )			
거래처명				
신청금액	일금_____ 원정 (₩)			
내 용	(이곳에 신청사유와 내용을 적어주세요)			
반려사유				

*** 수탁변경 신청서 작성요령

1. 위의 사항을 모두 기입합니다.
2. 내용은 개별검사일때는 접수일자, 등록번호, 환자명, 검사명을 기입작성 바랍니다.
3. 할인,삭제의 경우 결재가 반려되었을 경우 디씨엘 담당자가 연락처를 통해 연락하고 전달드리도록 하겠습니다.

2025년 00년 00일

경기도 성남시 수정구 위례광장로 21-6 정프라자 4층 TEL : 070-4652-3511 FAX : 070-8668-3511

DCL RESPECT FOR HUMAN LIFE **디씨엘진단검사의학과의원**