

종합검진 특별할인 행사 가족 확인서

검진자성명 :

검진자 주민등록번호 :

검진자와의 관계 :

본인은 위의 검진자가 가족임을 확인함

년 월 일

근무부서 :

직원/재학생/동문/자원봉사자 전화번호 :

직원/재학생/동문/자원봉사자 성명: (인)

(상기 해당란에 표시해주시기 바랍니다.)

**** 교직원일경우는 신분증사본을 첨부하여 주십시오. ****

종합검진 특별할인 행사 가족 확인서

검진자성명 :

검진자 주민등록번호 :

검진자와의 관계 :

본인은 위의 검진자가 가족임을 확인함

년 월 일

근무부서 :

직원/재학생/동문/자원봉사자 전화번호 :

직원/재학생/동문/자원봉사자 성명: (인)

(상기 해당란에 표시해주시기 바랍니다.)

**** 교직원일경우는 신분증사본을 첨부하여 주십시오. ****

종합검진 특별할인 행사 가족 확인서

검진자성명 : _____

검진자 주민등록번호 : _____

검진자와의 관계 : _____

본인은 위의 검진자가 가족임을 확인함

년 월 일

근무부서 : _____

근무부서 전화번호 : _____

교직원성명 : _____ (인)

**** 꼭 교직원 신분증사본을 첨부하여 주십시오. ****