

진료확인서

50241093 김영윤 F / 20 신경외과 728

050718-4***** 제주특별자치도 제주시 연사2길 20 (오라이동)507

진료 기간	통원	상기자는 . . . 부터 . . . 까지 본원 . . . 에서 통원치료 하였음을 확인합니다. (. . . 일간)
	입원	상기자는 2026.01.20 부터 2026.01.24 까지 본원 신경외과 에서 입원치료 하였음을 확인합니다. (5 일간)

비 고 본원 진료확인서에는 병명 및 질병분류코드 기재 안됩니다.

상기 기재사항은 환자 진료기록부에 의한 것임.

2026.01.24

의료법인 중앙병원



제주특별자치도 제주시 월랑로91