우양재단해외의료비사업신청서

* 지원서는 한글 또는 영어로 작성하고, 전문가가 검토하므로 병과 수술 관련은 의학용어와 영어로 쓰셔도 됩니다.
1. 지원요청자 정보

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **신청자** | **성명** |  | **생년월일** |  | **직업** |  |
| **거주지** |  |
| **연락처** | **핸드폰** |  | **이메일** |  | **카톡아이디** |  |
| **환자와의 관계** |  |
| **현지 활동** | 1. **주요활동지역**
2. **주요활동내용(간략히)**
3. **소속단체나 교단**
 |
| **현지 활동 시작 년도와 관련 설명** |  |
| **송금계좌 및 예금주****(신청자 본인 통장이나 현지 법인 통장)** | (국내계좌의 경우 예금주는 지원요청자여야 하며 신분증 사본, 통장사본 필요합니다. 신청서접수시 이메일로 같이 보내주세요) |
| **신청금액(한화)** |  |
| **부족한 금액이 있다면 추후 계획** |  |

1. 환자 정보 Patient’s information (칸이 모자라면, 다음 페이지로 넘겨서 작성 바랍니다.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **환자 인적 사항****Personal Data** | **이름****Name** |  | **성별****gender** |  | **생년월일****Birth Date** |  |  |
| **주소****Address** |  |  |
| **환자 직업****Occupation** |  |  |
| **환자의 경제적 상태(간단히)****Economic Conditions** |  |  |
| **환자 가족관계****Family Members** |  |  |
| **환자의 병명****Name of Disease** |  |  |
| **치료병원****Name of Hospital** |  |  |
| **치료 & 수술 계획****Plan of Treatments & Operation** |  |  |
| **외래 진료일****Visiting Date of Out Patient Departmet** |  |  |
| **수술일 또는 예정일****Date of Surgical Operation(해당되는 경우만)** |  |  |
| **입원기간 또는 예정일****Period of Admission****(해당되는 경우만)**  |  |  |
| **총 예상 비용****Total Cost****(US $ or Currency)** |  |  |

 이상 작성한 사항은 사실과 다름없고, 현지 환자의 동의를 받고 작성하였습니다.

이에 지원금을 신청합니다.

 년 월 일

신 청 인:

 서명:

Here I apply to appoint above person as my proxy for the medical payment for me in the program by Wooyang Foundation

환자이름(Patient’s name):

서명(Signature by Patient):

\*\*\* 첨부서류:

- 정부에서 발행한 환자 신분증 사본 1부 (필수)

- 필요한 경우 환자의 상태를 설명거나 보여주기 위한 진단서, 사진 등