CPTI Application

No : 2020-2021-

Applicant's Name :

Telephone Number :

Supporter's Nmae:

Telephone Number :

To CPTI
I certify that all the information that I have written here are true. In case of any falsification, I will be responsible for it.

Signature :

건강검진 의뢰서

Request Form for Health screenings

본교와 헤브론병원간의 맺은 MOU에 의거하여 아래 입학 지원자의 5종 기본 검사를 부탁드립니다.

1. 이름 :

2. 검사 내역 :

1) 결핵 : Chest - PA
2) B형간염
3) C형간염
4) 매독
5) HIV

* 기본 비용 1회 15불

CPTI
직인