(스마트 CRM) 비밀번호 초기화 요청서

요청일자	20 년 월 일		
병원명		사업자등록번호	
주소			
대표원장		요청자명	
요청자 연락처			

상기 본인은 GC메디아이의 스마트 CRM 프로그램에 등록된
비밀번호 초기화를 요청합니다.

종류	요청 아이디 (ID) / 초기화 요청 대상 상세 내용
비밀번호 초기화	요청 아이디 (ID): 초기화 사유:

대표원장 서명 또는 인 : (서명 / 인)

주식회사 GC메디아이