

외래치료 지원 관리대장

번호	외래치료 지원 결정서		청구기관명	외래치료 지원 대상자		외래치료 지원 수행 지정의료 기관명	외래치료 지원 기간 (. . .부터 . . .까지)	외래치료 지원 종료	
	문서번호	발송일자		성명	주민등록번호			사유 (기간만료, 철회, 입원전환 등)	일자 (연, 월, 일)