**인공지능 기반 의료영상진단 소프트웨어 검증 서비스 신청서**

|  |  |
| --- | --- |
| **신청 내용** | |
| 신청자이름 |  |
| 소속 |  |
| 직위 |  |
| 주소 |  |
| 이메일 |  |
| 휴대폰 |  |
| 대상 | 폐결핵 (흉부X-ray)  유방암 (mammography)  폐암폐결절 (X-ray, CT)  뇌경색 (CT, MRI) |
| 요청사항 |  |

년. 월. 일

신청자:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_서명

**연세대학교 의과대학 방사선의과학연구소 임상영상데이터사인언스센터**