협력병원 체결 신청서

**◎병원 기본현황**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 병원명 |  | 요양기관번호 |  |
| 설립년월일 |  | 설립구분(종별) |  |
| 전화번호 |  | 홈페이지 주소 |  |
| 주소 |  |  |  |
| 병상 수 |  | 의료진 수 |  |
| 응급실운영여부 |  | 의료기관 인증 |  |

**◎대표자 정보**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 대표자명 |  | 직위 |  |
| 면허번호 |  | 의료인 여부 |  |
| 출신학교 |  | 대표 진료과 |  |
| 수련병원명 |  | 세부전공 |  |
| 휴대폰 번호 |  | 메일주소(e-mail) |  |

**◎실무 담당자**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 협력업무 | 전원업무 | 응급업무 |
| 성명 |  |  |  |
| 근무부수 |  |  |  |
| 직위 |  |  |  |
| 전화번호 |  |  |  |
| 팩스 |  |  |  |
| 휴대폰 번호 |  |  |  |
| 메일주소 |  |  |  |

**◎진료과목**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 진료과목 | 전문의수 | 진료과목 | 전문의수 | 진료과목 | 전문의수 |
| 가정의학과 |  | 감염내과 |  | 류마티스내과 |  |
| 마취통증의학과 |  | 방사선종양학과 |  | 병리과 |  |
| 비뇨의학과 |  | 산부인과 |  | 성형외과 |  |
| 소아청소년과 |  | 소화기내과 |  | 순환기내과 |  |
| 신경과 |  | 신경외과 |  | 신장내과 |  |
| 안과 |  | 영상의학과 |  | 외과 |  |
| 응급의학과 |  | 이비인후과 |  | 입원의학과 |  |
| 재활의학과 |  | 정신건강의학과 |  | 정형외과 |  |
| 중환자의학과 |  | 작업환경의학과 |  | 진단검사의학과 |  |
| 치과 |  | 피부과 |  | 핵의학과 |  |
| 혈액종양내과 |  | 호흡기내과 |  | 흉부외과 |  |

**◎주요시설 현황 (보유여부는 o,x로 표기)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 명칭 | 보유여부 | 현황 | 명칭 | 보유여부 | 현황 |
| 중환자실 |  |  | 수술실 |  |  |
| 응급실 |  |  | 분만실 |  |  |
| 물리치료실 |  |  | 격리실 |  |  |
| 혈액투석실 |  |  | 장기요양 |  |  |
| 재활 |  |  | 호스피스완화의료 |  |  |
| 항암,RT 입원 |  |  | 수혈 |  |  |
| 간호간병통합 |  |  | 통증 |  |  |
| 가정간호 |  |  | 건진센터 |  |  |

**◎장비현황**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 명칭 | 보유여부 | 수량 | 명칭 | 보유여부 | 수량 |
| CT |  |  | 일반촬영 |  |  |
| MRI |  |  | 유방촬영 |  |  |
| Hemodialysis |  |  | 초음파 |  |  |
| Ventilator |  |  | 위내시경 |  |  |
| 심실세동기 |  |  | 위장진단촬영기 |  |  |
| O2 |  |  | 체외충격파쇄석기 |  |  |
| Suction |  |  | 골밀도검사기 |  |  |
| 기타 ( ) |  |  | 기타 ( ) |  |  |

**◎병원 특성 및 기타사항**

(재활, 요양병원, 척추/관절 수술병원, 암환자 요양 전무병원 등 특성 및 기타 추가사항 기재)

|  |
| --- |
|  |

 **작성일: 년 월 일**

 **신청자(대표자) 서명 : (인)**

**『 세란병원 개인정보 수집 · 이용 동의서 』**

본원은 개인정보호법 등 관련 법령상의 개인정보 보호 규정을 준수하며 개인정보 보호에 최선을 다하고 있습니다. 『 협력 병·의원 체결 』 을 위하여 수집한 모든 개인정보는 아래 목적 이외에는 사용하지 않습니다.

▣개인정보 수집 · 이용에 동의합니다(**필수사항**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 수집항목 | 수집 및 이용목적 | 보유기간 |
| [병원정보]병원명, 주소, 전화번호, 팩스번호, 진료과목, 요양기관번호, 개원일, 홈페이지 주소[대표원장님 정보]성명, 생년월일, 성별, 출신학교, 졸업년도, 수련병원, 의사면허번호, 진료과, 휴대폰 번호, 이메일 주소 | 가. 협력 병·의원 체결 승인 위한 기초자료나. 회원 서비스 이용에 따른 본인 확인 및 관리 | 가.협력 병·의원 체결 종료 시까지 혹은 폐업 일까지나.진료서비스 제공을 위해 수집된 경우 의료법 기준에 준함 (의료법시행규칙 제15조 (2016.12.29개정)에 명시된 기간)다. 단, 상법 등 법령 규정에 의하여 보존할 필요성이 있는 경우에는 귀하의 개인정보를 보유 가능함 |

※위 내용은 협력의료기관 관리 시 필요한 정보로서 상기 내용에 대하여 개인정보 수집 및 이용 동의에 대해 거부할 권리가 있습니다. 동의 거부시, 세란병원 진료협력센터의 협력 병·의원 체결 관련 서비스를 제공 받을 수 없음을 알려드립니다.

▣의학정보 및 홍보마케팅 자료 제공을 위한 수집 이용에 동의합니다(선택사항)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 수집항목 | 수집 및 이용목적 | 보유기간 |
| 성명, 휴대폰번호, 이메일주소 | 가. 의학정보, 간담회 등 각종 행사 안내 및 홍보마케팅 자료 제공나. 진료협력 서비스 개선을 위한 설문조사 | 협력 병·의원 체결 종료 시까지 혹은 폐업 일까지 |

※선택 항목에 대한 수집 이용에 대해 거부할 권리가 있습니다. 동의 거부 시, 의학정보 및 홍보마케팅 자료 제공 서비스를 받아 볼 수 없습니다.

 **작성일: 년 월 일**

 **병의원장(신청인) 서명 : (인)**

|  |
| --- |
| **＃신청방법:3종류의 서식을 팩스로 보내주십시오.**1. **체결신청서 ② 개인정보 수집·이용동의서 ③ 의료기관개설신고증명서 사본**

**＃체결절차:서류신청=>접수=>내부심의 및 승인=>협약증서 발송** |