협력의원 체결 신청서

**◎병원 기본현황**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 병원명 |  | 진료과목 |  |
| 개원일 |  | 요양기관번호 |  |
| 전화번호 |  | 팩스(FAX) |  |
| 주소 |  |
| 홈페이지 주소 |  |
| 병상 수 |  | 의료진 수 |  |

**◎대표원장님 정보 (대표 원장님이 2명일 경우, 별첨 서식 작성 후 보내주십시오)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성함 |  | 생년월일 |  |
| 면허번호 |  | 성별 |  |
| 출신학교 |  | 졸업년도 |  |
| 수련병원명 |  | 전문진료과(세부진료과) |  |
| 휴대폰 번호 |  | 메일주소(e-mail) |  |
| 회신서 수령방법 | ①E-mail ②우편 ③FAX ④진료정보교류 |

**◎시설 및 가능한 검사항목**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **병실** | **일반** | □유 ( 병상) □간호간병통합서비스 □ 공동간병 | □무 |
| **격리** | □유 ( 병상) | □무 |
| **입원가능여부** | □VRE □CRE □MRSA □MRAB □투석 □기타( ) |
| **검사항목** | **영상** | □X-ray □CT □MRI □골밀도 □ Bone scan 초음파 :□상복부 □유방 □갑상선 □심장 □기타  |
| **내시경** |  | **기타** |  |
| **재활** | □도수치료 □체외충격파 □ CPM |

**『 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 팩스 또는 메일 ( )로 보내주십시오.**1. **체결신청서 ② 개인정보 수집·이용동의서 ③ 의료기관개설신고증명서 사본**

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