

협력 병(의)원 체결신청서

▣ 병원기본정보

병원정보	요양기관번호				병원명	
	병원주소					
	전화번호				팩스번호	
	설립구분	<input type="checkbox"/> 1차	<input type="checkbox"/> 2차	<input type="checkbox"/> 3차	개원일	
	주진료과				홈페이지	
병상 운영현황	병상수 _____	<input type="checkbox"/> 인공신장실	<input type="checkbox"/> 중환자실	<input type="checkbox"/> 격리병실	<input type="checkbox"/> 1인실	
처치가능항목 및 시설	<input type="checkbox"/> 혈액투석기	<input type="checkbox"/> Ventilator	<input type="checkbox"/> C P M	<input type="checkbox"/> 보 박 스	<input type="checkbox"/> 소아재활	
	<input type="checkbox"/> 엠블런스	<input type="checkbox"/> 엘리베이터	<input type="checkbox"/> 장애인화장실	<input type="checkbox"/> 자동차보험	<input type="checkbox"/> 산재보험	
간병시스템 및 진료비 (재활,요양 병원)	간병	보호자간병	유 <input type="checkbox"/>	무 <input type="checkbox"/>		
		공동간병	유 <input type="checkbox"/>	무 <input type="checkbox"/>		
		간호간병통합서비스	유 <input type="checkbox"/>	무 <input type="checkbox"/>		
	비용(월)	건강보험				
		의료보험(1종)				
		의료보험(2종)				
국가지정기관	<input type="checkbox"/> 완화의료전문기관			<input type="checkbox"/> 보훈위탁병원		
실무담당자	이름					
	부서(직급)					
	연락처					
기타사항						

▣ 가천대길병원 진료협력센터 ▣

☎ TEL : 032-460-3977~8 ☎ FAX : 032-469-7900

▣ 의료진 현황

병원장 (대표원장)	성명		생년월일	
	면허번호		전문의번호	
	출신학교		전공과목	
	수련병원		휴대폰번호	

▣ 개인정보 수집. 이용 동의서 ▣

가천대길병원은 개인정보보호법 등 관련 법령상의 개인정보 보호 규정을 준수하며 정보주체의 개인정보 보호에 최선을 다하고 있습니다. 가천대길병원은 개인정보 보호법 제15조 및 같은 법 제22조에 근거하여, 다음과 같이 협력기관 체결 및 관리, 진료 검사 의뢰, 회신을 위하여 개인정보를 수집. 이용하는데 동의를 받고자 합니다.

수집이용목적	의뢰, 회송환자 정보제공 회신 및 협력병원 정보관리
수집이용항목	성명, 출신학교, 수련병원, 전공과목, 면허번호, 전문의번호, 생년월일, 휴대폰번호, 의료기관명, 주소

* 본 신청서 내 개인정보를 진료협력 업무에 한하여 사용하는 것에 동의합니다.

예, 동의합니다.

아니요, 동의하지 않습니다.

위와 같은 내용으로 가천대길병원과의 협력병원을 신청합니다.

20 년 월 일

병원명 : _____

병원장 : _____ (인)

▣ 가천대길병원 진료협력센터 ▣

☎ TEL : 032-460-3977~8 ☎ FAX : 032-469-7900