

협력의료기관체결(병원) 신청서

1. 기관의 일반현황 및 대표자 정보

의 료 기 관	병원명		요양기관번호	
	병원주소			
	전화번호		팩스번호	
대 표 의 료 진	대표자명		면허번호	
	생년월일	(남/여)	출신교(학부)	
	핸드폰		SMS문자	수신동의 (예 / 아니오)
	차종/ 차량번호	<small>*무료주차차량 등록 시 필요</small>	E-mail	

2. 기관의 특징 (간략한 소개)

3. 주요시설 현황 (해당사항 항목에 작성해 주시길 바랍니다.)

구 분	현 황		구 분	현 황	
병상수	병상		공동 간병실	(유, 무)	병상
일반병실	병상		격리실 (Tb, VRE 등)	(유, 무)	병상
응급실	(유, 무)		수술실	(유, 무)	
분만실	(유, 무)		신생아실	(유, 무)	
중환자실	인공호흡기수	개	암환자관리	호스피스병실	(유, 무)
	BIPA환자관리	(유, 무)		말기암환자관리	(유, 무)
재활환자 관리	작업/언어/ 연하곤란	(가능, 불가능)		항암/방사선치료 환자관리	(유, 무)
	물리치료 /CPM보유	(가능, 불가능)	인공신장실	(유, 무)	

4. 진료실적(월평균)

입원환자 수	외래환자 수	병상가동률

5. 개설진료과목 및 전문의 수

진료과목	설치여부	전문의수
내과		
소아청소년과		
신경과		
정신건강의학과		
피부과		
외과		
흉부외과		
정형외과		
신경외과		
산부인과		
안과		
이비인후과		
비뇨의학과		
재활의학과		
마취통증의학과		
영상의학과		
방사선종양학과		
진단검사의학과		
병리과		
가정의학과		
핵의학과		
응급의학과		
산업의학과		
치과		
예방의학과		

6. 실무담당부서 및 정보

부서		직위	
성명		E-mail	
전화 / 팩스	Tel. _____ Fax. _____	휴대폰	

협력 의료기관 개인정보 수집·이용 동의서

개인정보 수집·이용에 관한 동의

한국원자력의학원 원자력병원은 개인정보보호법을 준수하여 귀하의 소중한 개인정보를 안전하게 관리하고 있으며 개인정보보호법 제15조 및 제22조에 근거하여 다음과 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의를 받고자 합니다.

1. 개인정보 수집 · 이용에 관한 동의

개인정보의 수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> • 협력 의료기관의 요양기관 개설자 및 요양급여의뢰 담당의사 확인
수집하는 개인정보의 항목	<ul style="list-style-type: none"> • [필수항목] : 요양기관명, 요양기관기호, 소재지, 대표자 성명, 담당의사 성명, 면허번호 • [선택항목] : 전문과목 • 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조(요양급여의뢰서 기재사항) 기재항목
개인정보 보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> • 협력 의료기관 협약 종료일까지
동의 거부권 및 동의 거부에 따른 불이익 안내	귀하는 위와 같이 개인정보를 제공하는 데에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 협력 의료기관 활동 및 서비스 일부에 대해 제한될 수 있습니다.
위와 같이 개인정보의 수집 및 이용에 대하여 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	

2. 홍보 및 기타 안내를 위한 동의

개인정보의 수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> • 최신 의학정보 및 세미나 안내를 위한 우편 또는 휴대폰 SMS 발송 • 병원 이용 시 차량 주차편의 및 협력 의료기관 회원서비스 제공
수집하는 개인정보의 항목	<ul style="list-style-type: none"> • [필수항목] : 휴대폰 번호, SMS문자서비스 여부 • [선택항목] : 이메일 주소, 생년월일, 출신학교, 병원FAX 번호, 차량번호
개인정보 보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> • 협력 의료기관 협약 종료일까지
동의 거부권 및 동의 거부에 따른 불이익 안내	귀하는 위와 같이 개인정보를 제공하는 데에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 협력 의료기관 서비스 제공에 제한을 받을 수 있습니다.
위와 같이 개인정보를 홍보 및 기타 안내하는데 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	

원자력병원 운영내규 규정에 의거하여 서면으로 원자력병원과의 협력의료기관 체결을 신청합니다.

년 월 일
 (서명)

한국원자력의학원장 귀하

신청방법: 신청서와 의료기관개설허가증 사본을 팩스 또는 메일로 보내주십시오

팩스: 02-970-2426 메일: rc@kirams.re.kr 문의: 02-970-1991~3