



수 신 :

제 목 : 진료협약체결

1. 귀원의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 본원 진료협력센터를 이용하여 주셔서 감사합니다.
3. 부산부민병원은 귀 병원과의 보다 유기적이고 체계적인 진료의뢰 체계를 유지하기 위해서 아래와 같이 진료협약을 체결하고자 합니다. 이에 협약체결 여부에 대한 회신을 부탁드립니다. 감사합니다.

- 아 래 -

가. 회 신 일 :

나. 회신방법 : 아래 방법 중 하나 선택 후 첨부 신청서를 작성하여 회신

① 팩스 : 051-330-3277

② 전화 : 051-330-3279, 3276

③ 우편 : (46555) 부산광역시 북구 만덕대로 59 진료협력센터

④ E-mail : brc@bumin.co.kr

다. 체결방법 : 현지방문 체결 또는 협약서 전달

라. 문 의 처 : 부산부민병원 진료협력센터

※ 별 첨 : 협력병/의원 체결신청서 1부
개인정보 수집, 이용 동의서 1부

의료법인 인당의료재단 부산부민병원

병 원 장 최 창 화

협력병/의원 체결신청서

1. 의료기관 현황

의료기관명			
대표자성명		출신대학	
주소			
허가병상수			
특화진료과목		진료과목(개)	
의사수	전문의 : 명 / 의사(일반의) : 명		

2. 병원 시설

	물리·재활 치료실	중환자실	Ven tilator	격리실	투석실	포괄 병동	공동 간병	엠블런스 지원	정신과
보유여부									

3. 진료의뢰 업무 담당

담당부서		전화번호	
행정책임자		팩스번호	
담당자		E-mail 주소	

4. 참고사항 (의뢰 시, 참고사항있으면 기입해 주십시오.)

※ 귀 병원을 소개할 리플렛(약도) 및 기타 자료를 첨부해주시면 참고하겠습니다.

개인정보 수집, 이용 동의서

1. 개인정보의 수집 이용 목적	<p>본원은 수집한 개인정보를 다음의 목적으로 이용합니다. 제공한 모든 정보는 아래 목적 이외에는 사용하지 않으며 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 것입니다.</p> <p>협력병/의원 승인을 위한 심사를 위한 기초자료, 협력병/의원 승인을 위한 원활한 의사소통 경로 확보, 협력병/의원 초청행사 등 각종 혜택을 제공하기 위함</p>
2. 개인정보 수집 항목	<p>수집 항목에는 필수항목과 선택항목이 있으며 선택항목은 기재하지 않으셔도 서비스 이용에는 제한이 없습니다.</p> <p>[필수항목] 병/의원명, 요양기관번호, 병의원장 성명, 면허번호, 차량번호, 생년월일(남,녀), 핸드폰번호, Email, 병원주소 및 전화번호, 팩스번호, 진료과목, 졸업년도, 출신학교, 수련병원</p>
3. 개인정보의 보유 및 이용기간	<p>수집한 개인정보는 협력병/의원 체결 기간 동안 보유하며 협력병/의원 관계가 파기될 경우 협력병/의원의 개인 정보도 파기합니다. 전산적 자료를 기록을 재생할 수 없는 기술적 방법을 사용하여 삭제하고 종이에 출력된 개인 정보는 분쇄하여 파기합니다.</p>
4. 동의 거부 시 불이익에 관한사항	<p>필수항목 수집에 동의하지 않을 시, 협력병/의원 신청 절차는 진행할 수 없으며 선택항목은 기재하지 않아도 서비스의 이용에 제한이 없습니다.</p>
<p align="center"> <input type="checkbox"/> 위 내용에 동의합니다. <input type="checkbox"/> 위 내용에 동의하지 않습니다. </p>	

부산부민병원 협력병/의원 협약내규에 의거하여 서면으로 협력병/원의원 협약체결을 요청합니다.

년 월 일
 (신청인) 병/의원장 : (인)

의료법인 인당의료재단 부산부민병원장 귀하

