순천향대학교천안병원 협력 병·의원 협약 신청서

|  |  |
| --- | --- |
| **병원 현황** | **□ 종합병원 □ 병원 □ 재활전문병원 □ 요양병원 □ 의원 □ 기타** |
| **의료기관명** |  | **요양기관번호** |  |
| **주소** |  |
| **대표전화** |  | **FAX** |  |
| **홈페이지** |  |
| **병상수** |  | **의사수** |  |
| **주요 진료과목** |  |
| **개원일자** |  |
| **대표자** | **성 명** |  |
| **출신학교** |  | **전공분야** |  |
| **면허번호** |  | **E-maiL** |  |
| **휴대폰번호** | \* SMS 문자서비스 수신에 동의하십니까?(예/아니오) |
| **협력 병·의원신청** | 순천향대학교 천안병원 협력 병·의원 제도의 운영 내규 규정에 의거하여 서면으로 협력 병·의원 협약 체결을 요청 드립니다.20 년 월 일대표 (서명 또는 인) |

\* 신청서 작성 후 팩스나 우편 또는 메일로 협약신청서를 보내 주십시오.

\* 병원급은 협력병원 조사표를 작성하시어 신청서와 같이 송부하여 주시기 바랍니다. 감사합니다. 본 자료는 순천향대학교 천안병원 진료협력 목적 용도로만 사용됩니다.

**\* 보내실 곳**

충남 천안시 동남구 순천향6길 31 **순천향대학교부속 천안병원 진료협력센터 (외래관2층)**

TEL : 041-570-2988 / FAX : 041-578-3411 / E- mail : sch@schmc.ac.kr

**< 협력병원 조사표>**

1. **의료진 현황** (전체 명단을 기입하여 주십시오.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **의사명** | **면허번호** | **세부전공** | **졸업학교/ 졸업년도** | **연락처(HP)** | **이메일** | **직위** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **의료장비 및 시설현황**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **시설명** | **보유여부** | **수량** | **시설명** | **보유여부** | **수량** |
| 응급실 |  |  | 장기요양 |  |  |
| 수술여부 |  |  | 호스피스 말기암관리 |  |  |
| 중환자실 |  |  | 항생제 |  |  |
| 인공호흡기 |  |  | 통증관리 |  |  |
| 투석실 |  |  | 감염격리 |  |  |
| 재활 |  |  | 폐쇄병실(정신과) |  |  |
| O2, suction |  |  | 보바스치료 |  |  |
| 물리치료실 |  |  | 작업치료실 |  |  |
| 소아재활 |  |  | 승강기 |  |  |
| 언어치료 |  |  | 장례식장 |  |  |
| 연하재활 |  |  | 구급차 |  |  |

1. **기타 보험관련 가능여부**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **구분** | **가능여부** |
| 1 | 건강보험 |  |
| 2 | 의료급여 1종,2종 |  |
| 3 | 산재 |  |
| 4 | 자동차보험 |  |

1. **협력병원 실무 및 전원담당**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **성 명** |  | **직 위** |  |
| **연락처** | **CP :** | **F A X** |  |

**※ 추가 병원 자료 또는 본원에 제안 내용이 있으시면 첨부하여 주십시오.**