**순천향대학교 서울병원 협력체결 신청 안내**

안녕하십니까?

순천향대학교 서울병원 진료협력센터입니다.

환자 중심의 상호 진료 의뢰-회송을 위하여 본원과 협력체결을 원하시는 경우 아래 서류를 작성

하시어 진료협력센터로 보내주시면 절차에 따라 협력체결 진행하겠습니다. 감사합니다.

◈ 협력체결 신청 서류항목 ◈

1. **의료기관개설 신고필증 사본 1부 [필수]**
2. **별지 제1호 서식 [필수]**
3. **별지 제2호 서식 [필수] (병원급 이상)**
4. 필요 시 추가자료 개별 작성

◈ 서류 발송 방법(택1) ◈

1. Fax: 02-798-9830
2. 메일: schrc\_seoul@schmc.ac.kr
3. 우편: (우)04401 서울특별시 용산구 대사관로 59

순천향대학교 서울병원 진료협력센터 이명숙 팀장

◈ 협력체결 진행절차 ◈

1. 서류접수

2. 진료협력 운영위원회 심의 및 체결 승인

3. 양 병원장 협약서 서명으로 체결 완료

|  |
| --- |
| ◈ **협력병원 혜택**▶ 상호진료의뢰 및 진료협력센터시스템(S-refer system) 개방▶ 각종 세미나 및 학술활동 초대▶ 현판 증정▶ VIP 카드발급 \* 진찰료･응급의료관리료 면제\* 외래･입원 비급여 항목 감면(본인 20%, 배우자 15%)\* 종합건강검진 - 스마트기본검진 감면(본인 40%, 배우자 30%) \* 장례식장 이용 시 안치료, 빈소료 10% 감면 \* 무료 주차(출차 시 VIP카드 제시)▶ 협력병원장님을 위한 특별일요건강검진(연1~2회 시행) |



[별지 제1호 서식]

**협력병원 체결 신청서**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **병 원** | **기관종류** | □ 종합병원 □ 병원 □ 재활전문병원 □ 요양병원□ 의원 □ 한방병원(의원) □ 치과병원(의원) □ 기타 |
| **기관명칭** |  | **요양기관번호** |  |
| **주 소** |  |
| **대표전화** |  | **팩스번호** |  |
| **홈페이지** |  |
| **개원일자** |  | **병상수** |  | **의사수** |  |
| **진료과목** |  |
| **대표자**※개인정보는 본인 확인 및 VIP카드제작 목적으로만사용합니다. | **성 명** |  | **출신학교/졸업년도** | / |
| **주민등록번호** | - | **전공분야** |  |
| **면허번호** |  | **이메일주소** |  |
| **휴대폰번호** |  |
| ※ SMS 문자서비스 수신에 동의하십니까? ( □ 예 / □ 아니오) |
| ｢중앙의료원 협력병원 체결 규정｣에 의거하여 협력병원 체결을 신청합니다.20 년 월 일  의료기관 대표 (서명)**순천향대학교 부속 서울병원장 귀하** |



[별지 제2호 서식]

**협력병원 조사서**

**1. 의료진 현황** (전체 명단을 기입하되 지면 부족 시 별지 작성 가능)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **의사명** | **면허번호** | **진료과** | **출신학교** | **연락처(핸드폰)** | **이메일** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

**「협력기관간 진료 의뢰-회송 시범사업」참여 신청서**

|  |  |
| --- | --- |
| 요양기관명 |  |
| 요양기관기호 |  |
| 소재지(주소) |  |
| 대표원장명 |  | 전공과 |  |
| 면허번호 |  |
| 담당부서 |  |
| 담당자 |  |
| 연락처(휴대폰) |  |
| FAX |  |

※ 상기 정보에 대한 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

본 기관은 순천향대학교부속 서울병원의 진료협력의료기관으로서

「협력기관간 진료 의뢰-회송 시범사업」에 함께 참여 신청합니다.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  신청일 : |  20 | 년 |  | 월 |  | 일 |
|  신청자 : (대표자) |  |  | (서명) |
|  |  |  |

순천향대학교부속 서울병원 진료협력센터

TEL : 02-709-9900 / FAX : 02-798-9830

