순천향대학교천안병원 협력 병·의원 협약 신청서

<table>
<tr><td rowspan="8">병원 현황</td><td colspan="4">☐ 종합병원 ☐ 병원 ☐ 재활전문병원 ☐ 요양병원 ☐ 의원 ☐ 기타</td></tr>
<tr><td>의료기관명</td><td></td><td>요양기관번호</td><td></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>대표전화</td><td></td><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td>홈페이지</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>병상수</td><td></td><td>의사수</td><td></td></tr>
<tr><td>주요 진료과목</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>개원일자</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">대표자</td><td>성 명</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>출신학교</td><td></td><td>전공분야</td><td></td></tr>
<tr><td>면허번호</td><td></td><td>E-mail</td><td></td></tr>
<tr><td>휴대폰번호</td><td colspan="3">* SMS 문자서비스 수신에 동의하십니까?(예/아니오)</td></tr>
<tr><td>협력 병·의원신청</td><td colspan="4">순천향대학교 천안병원 협력 병·의원 제도의 운영 내규 규정에 의거하여 서면으로 협력 병·의원 협약 체결을 요청 드립니다.

20 년 월 일

대표 (서명 또는 인)</td></tr>
</table>

* 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 (본관 1층)**

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

SCH 순천향대학교 천안병원
SOON CHUN HYANG UNIVERSITY HOSPITAL CHEONAN

< 협력병원 조사표>

1. 의료진 현황 (전체 명단을 기입하여 주십시오.)

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

2. 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		

3. 기타 보험관련 가능여부

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

4. 협력병원 실무 및 전원담당

성 명		직 위	
연락처	CP :	FAX	

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