

의정부율지대학교병원 협력 체결 신청 안내

안녕하십니까. 의정부율지대학교병원 진료협력센터입니다.

귀원의 건승을 기원합니다.

현재 의정부율지대학교병원에서는 귀원과 상호협력을 통한 동반 발전과 진료 의뢰 및 회송체계를 활성화 시키고자 노력하고 있으며, 더욱 원활한 진료체계를 위해 협력 병·의원 체결을 제안하고자 합니다.

협력 병·의원체결 신청서를 작성하시어 신청서 하단의 팩스나 이메일로 보내주시면 절차에 따라 체결 진행하겠습니다.

감사합니다.

[협력 체결 시 혜택]

- ① **진료비 할인** (원장 및 직원)
- ② **협약서 및 현판 제공**
- ③ **율지대학교 외래교원 위촉** (신청 시)
- ④ **직원 교육 지원**

* 뒷장 세부사항 안내

[협력 병·의원 체결 신청 절차]

- ① 협력 병·의원 신청서 (필수)
- ② 개인 정보 수집·이용 동의서 (필수)
- ③ 의료기관 개설허가증 사본

E-mail. uerc@eulji.ac.kr 또는 Fax. [031-951-2010](tel:031-951-2010) 으로 회신해 주십시오.



의정부율지대학교병원 진료협력센터

☎ 업무시간 및 연락처

평일 : 오전 8시~ 오후 5시, 토요일 : 오전 9시~오후 1시

Tel. [031-951-2000](tel:031-951-2000)~2 / Fax. [031-951-2010](tel:031-951-2010)

E-mail. uerc@eulji.ac.kr

협력 병·의원 혜택 안내

1. 할인 혜택

- 협력 병·의원 원장 및 직원 진료비 할인
(수납 및 입원 수속 시 알려주시기 바랍니다. 일부항목 제외)

2. 협력의료기관 **협약서 및 현판 제공**

3. 을지대학교 외래 교원 위촉

- 진료협력센터에 신청 시 외래교원 위촉 추진

4. 직원 교육 지원

- 협력 병·의원 직원 직무교육 및 서비스 교육 지원

5. 건강보험심사평가원에서 시행하는 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 참여 (<https://ef.hira.or.kr>)

6. 상호진료의뢰에 대한 지원

- 상호 환자 의뢰 진료 예약 시 신속한 예약 및 전용 창구 운영
- 의정부을지대학교병원 진료협력센터 031-951-2000~2

7. 의정부을지대학교병원 정보 제공

- 진료안내문, 의뢰서, 재단 소식지 등을 발송

의정부을지대학교병원 협력 병의원 신청서

1. 병원 현황 및 병원장 정보 (다음 사항은 필수항목으로 반드시 작성해 주시기 바랍니다.)

병원명			
요양기관번호		홈페이지	
병원 전화번호		병원FAX	
병원 주소			
대표 원장명		면허번호	
비밀번호	진료협력센터 홈페이지 http://referuencackr 접속 시 사용할 비밀번호 (영문, 숫자 가능. 6자 이내)	주 진료과	
핸드폰 번호	◆ SMS 문자서비스 수신에 동의합니까? (예 / 아니오)		
E-mail/뉴스레터	◆ E-mail 및 뉴스레터 서비스 수신에 동의합니까? (예 / 아니오)		

2. 담당자 정보 (해당 항목에 작성해 주시기 바랍니다.)

행정책임자	성명:	부서:	직급:
	연락처:	내선번호:	E-mail:

3. 병상, 시설 및 장비현황

총 직원 수		전문의 수		간호사 수	
총 병상 수		중환자 병상 수		응급실 병상 수	
주요 보유 장비					

4. 병원 특성 및 기타사항 (병원 특성 및 기타 추가 사항을 작성해 주시기 바랍니다.)

개인 정보의 수집 · 이용에 관한 동의

1. 개인 정보의 수집·이용 목적

본원은 수집한 개인 정보를 다음의 목적으로 이용합니다. 제공한 모든 정보는 아래 목적 이외에는 사용하지 않으며, 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 것입니다.

- 협력병의원 승인을 위한 심사를 위한 기초 자료, 협력병의원 승인을 위한 원활한 의사소통 경로 확보, 협력 병의원 초청 행사 등 각종 혜택을 제공하기 위함.

2. 수집하려는 개인 정보의 항목

수집 항목에는 필수항목과 선택항목이 있으며, 선택 항목은 기재하지 않으셔도 서비스 이용에는 제한이 없습니다.

[필수 항목]

병의원명, 요양기관번호, 병원 전화번호, 병원 주소, 대표병의원장 성명, 면허번호, 핸드폰번호
(의정부을지대학교병원 진료협력센터 접속 시 필요한)비밀번호,주진료과, ,병원 팩스번호, E-mail

[선택 항목]

행정책임자 성명, 직급, E-mail, 연락처, 핸드폰, 병원홈페이지, 병원상세정보, 주요장비현황

3. 개인 정보의 보유 및 이용 기간

수집한 개인정보는 협력병의원 체결 기간 동안 보유하며, 협력병의원 관계가 파기 될 경우 협력병의원의 개인 정보도 파기합니다. 전산적 자료는 기록을 재생할 수 없는 기술적 방법을 사용하여 삭제하고 종이에 출력된 개인 정보는 분쇄하여 파기합니다.

4. 동의 거부 시 불이익에 관한 사항

필수 항목 수집에 동의하지 않을시 협력병의원 신청 절차는 진행 할 수 없으며, 선택 항목은 기재하지 않아도 서비스의 이용에 제한이 없습니다.

위 내용에 동의합니다.

위 내용에 동의하지 않습니다.

의정부을지대학교병원 협력 병·의원 협약 내규에 의거하여 서면으로
협력 병·의원 협약체결을 요청합니다.

년 월 일

(신청인) 병·의원장:

(서명)

의정부을지대학교병원장 귀하

