


## 한양대학교병원 협력병 · 의원 신청서

### ◎필수항목

구 분	○ 협력병원		○ 협력의원	
의료기관명		요양기관번호		
성 명		생년월일		남
				여
면허번호		병상수		
출신교		졸업년도		
진료과목		수련병원		
핸드폰 번호		E-mail		
주 소				
대표전화		FAX		

### ◎선택항목

병 · 의원 홈페이지		원장님 차량번호	
행정책임자	성명:                      직위:                      연락처:		
<p>※ 본 병 · 의원은 한양대학교병원과의 협력병 · 의원 협약을 신청합니다.</p> <p>※ 본원과 협약 후 원장명, 기관명, 기관기호 변경시 재협약 해주기 바랍니다.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 50px;">             20    년    월    일         </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">             신청인 :                      (서명)         </div> <div style="text-align: center; margin-top: 50px;">  <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <b>한양대학교병원</b>  <small>HANYANG UNIVERSITY SEOUL HOSPITAL</small> </div> </div>			

※ 보내실 곳 : 진료협력팀 담당자(본관 지하1층)/전화 : 02-2290-9588, 팩스: 080-293-0019, 이메일 : srefer@hyumc.com

※ 붙임: 병원급은 협력병원 신청시 **협력병원 조사표**를 작성하여 신청서와 같이 송부하여 주시기 바랍니다.

## 한양대학교병원 협력병 · 의원 조사표

### ◎ 의료진 현황(선택항목)

진료과	성명	세부전공	의사 면허번호	출신학교	연락처	비고

### ◎ 의료장비 및 시설현황(선택항목)

#### 1. 보유장비

장비명	보유여부	수량	장비명	보유여부	수량
CT			02, Suction		
MRI			관절경		
Angiography			체외충격파 쇄석기		
Hemo Dialysis			골밀도 검사기		
Ventilator			위내시경		
EKG			위장관 엑스선 촬영기		
심박제세동기			초음파기		
정맥주입기			지방흡입기		
유방 엑스선 촬영기			심장초음파		

#### 2. 치료시설

설치시설	보유여부	병상수	현황	비고
중환자실				
물리치료실				
집중치료실				

## 개인정보 수집 · 이용 동의에 대한 안내

## 1. 개인정보의 수집 · 이용 목적

- 협력병(의원) 체결을 위한 기초 자료 및 원활한 의사소통 경로 확보
- 진료의뢰, 환자조회 및 회원 서비스 이요에 따른 본인 확인 절차
- 병원에서 행하는 각종 행사 소식 및 간행물 제공
- 병원 내원 시 무료주차 서비스 제공을 위해 차량번호 수집

## 2. 수집하려는 개인정보의 항목

- 필수정보(병원장 인적사항) : 병원장명, 생년월일, 성별, 의사면허번호, 휴대전화번호, 이메일, 출신교, 졸업년도, 진료과목, 수련병원
- 선택정보(행정책임자 정보) : 성명, 직위, 휴대전화번호
- 선택정보 : 병원 홈페이지 URL, 병원장 차량번호, 의료진현황(진료과, 성명, 세부전공, 면허번호, 출신교, 핸드폰번호)

### 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간

- 오프라인 체결 정보 : 협력체결 종료 시 까지
- 온라인 체결 정보 : 협력체결 완료 시 까지, 담당자 완료 처리 후 즉시 삭제

■ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.  
그러나 동의를 거부할 경우 이용이 제한됩니다.

□ 네가 힘

☐ 동의하지 않음

20      21      22      23

신청인 : (서명)