

## 【협력 병·의원 혜택 안내】

1. 상호 진료의뢰에 대한 신속한 지원 및 협조
2. 협약(서) 및 현판 제공
3. 을지대학교 외래 교원 위촉(신청 시)
4. 무료주차 서비스 (방문시 신청)
5. 협력기관 대상 휴일 건강검진 시행
6. 병원장/직원 본인 진료비 및 종합건강검진 할인  
(수납 및 입원 수속시 미리 알려주시기 바랍니다. 일부항목 제외)
7. 도서실 서비스 이용 (전자저널)
8. 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업(심평원 시행) 참여
9. 노원을지대학교병원 정보 제공  
(진료안내문, 의뢰서, 재단 소식지 등 발송)

### 【협약 체결 신청 필수 서류】

- ① 협력 병원 신청서
- ② 개인 정보 수집·이용 동의서
- ③ 협력병원 협약서 (**뒷장 병원직인 필수**)
- ④ 의료기관 사업자등록증
- ⑤ 진료의뢰·회송 시범사업 참여신청서 (선택가능)

⇒ 상기서류 이메일([emcerc@eulji.ac.kr](mailto:emcerc@eulji.ac.kr)) or 팩스(02-970-8865)로 보내주시면 본원 협약절차 진행 후 협약서를 보내드립니다.  
(Tel. 02-970-8880)



# 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, 병원주소, 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.

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

년      월      일

(신청인) 병·의원장 :

(서명)

노원을지대학교병원장 귀하

# 협력 병원 협약서

노원을지대학교병원(이하 '을지병원'이라 한다)과 OO병원(이하 '협력의료기관'이라 한다)은 지역주민의 질병치료 및 건강증진을 도모하고자 다음과 같이 협약을 체결한다.

## 제1조 (목적)

본 협약은 을지병원과 협력의료기관 사이에 상호 환자의료, 최신 의학정보의 교류 및 의료자원의 효율적 이용을 통해 지역주민에게 양질의 의료서비스를 제공하고 긴밀한 협력체계를 유지함을 목적으로 한다.

## 제2조 (협약사항)

### 1) 환자 진료를 위한 협력

가. 협력의료기관은 환자의 진단 및 치료를 위해 을지병원의 시설 및 장비의 이용이 필요한 경우 을지병원에 환자의 진료를 의뢰한다.

나. 을지병원은 의뢰된 환자에 대한 진료 결과 협력의료기관에서 지속적인 관찰 및 치료가 필요하다고 판단되는 경우 협력의료기관에 환자 및 진료결과를 회송한다.

다. 을지병원은 진료 결과 회송이 필요하지 않은 환자에 대해서는 진료 종결 후 그 결과를 서면 또는 전자우편으로 협력의료기관에 알린다.

라. 을지병원은 협력의료기관의 을지병원 검사센터 이용에 최대한 편의를 제공한다.

마. 협력의료기관의 을지병원 검사센터 이용과 관련된 위탁검사의 항목, 수가 등은 별도로 협의하여 정한다.

### 2) 의학정보의 교류

가. 을지병원은 의학정보의 공유를 위하여 협력의료기관에 집담회 등 학술활동에 참여할 수 있는 기회를 제공하고, 가능한 한 의학도서실을 개방하여 자유로이 이용할 수 있도록 한다.

나. 을지병원은 협력의료기관의 요청이 있을 경우 협력의료기관 직원의 업무연수, 교육 및 업무점검 등 지원에 적극적으로 협력한다.

## 제3조 (편의제공)

1) 을지병원은 협력의료기관의 원장 및 직원의 외래 또는 입원 진료와 종합건강검진 시 의학적 소견을 바탕으로 제반 편의를 제공한다.

## 제4조 (협약기간)

1) 본 협약은 을지병원과 협력의료기관이 협약 내용에 동의한 날로부터 효력이 발생한다.

2) 본 협약기간은 1년으로 하되, 기간 만료 30일 전에 어느 일방으로부터 협약의 변경 또는 종료의 통지가 없는 경우에는 본 협약과 동일한 조건으로 자동 갱신된다.

3) 본 협약을 유지할 수 없는 사유가 발생하여 협약을 해지 또는 변경하고자 하는 경우에는 30일 전에 상대방에게 서면 또는 전자우편으로 통지하여야 한다.

### 제5조 (신의성실)

을지병원과 협력의료기관은 상호 신의와 품위를 유지하고 명예를 지키며 환자 진료와 관련된 진단과 정, 술기, 치료계획 등에 있어 상호 의견을 존중하고 보호한다.

### 제6조 (협약 이행에 따른 세부사항)

- 1) 본 협약에 명시되지 아니한 사항에 대하여는 관련 법령과 통상의 관례에 따라 상호 협의하여 처리한다.
- 2) 본 협약 이행에 따른 세부적으로 필요한 사항이 있을 경우 상호 협의하여 결정한다.
- 3) 본 협약서는 2부를 작성하여 을지병원과 협력의료기관이 각 1부씩 보관한다.

상기 사항에 동의합니다.

202 . . .

노원을지대학교병원

서울시 노원구 한글비석로 68

병원장 김재훈

02) 970- 8880

의료기관

주 소

대 표 자

전화번호

(직인)

건강보험 심사평가원에서 시행하는 진료의뢰·회송 시범사업 참여를 원하시는 경우 아래 신청서를 작성해 주세요.

**\* 제출된 협력기관은 신청일자에 따라 아래 날짜에 시범사업 참여 가능 (예정)합니다.**

**(1/2/3/4 각 분기별 신청시 → 신청 다음분기 첫달 1일부터 시행)**

## 노원을지대학교병원과의 "진료의뢰·회송 시범사업" 참여 신청서

### (1) 신청기관 정보

기관 정보	의료기관명			요양기관번호			
	소재지주소						
	전화 번호			팩 스 번호			
	진료의뢰·회송 담 당	담당부서		연락처	전 화		
					이메일		
		담 당 자			핸드폰		
			팩 스				

### (2) 참여 신청

본 기관은 노원을지대학교병원의 진료협력의료기관으로서  
'진료 의뢰·회송 시범사업'에 참여하고자 합니다.

신청일자:

의료기관명:

대표자:

서명