



수 신 :

제 목 : 진료협약체결

1. 귀원의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 본원 진료협력센터를 이용하여 주셔서 감사합니다.
3. 서울부민병원은 귀 병원과의 보다 유기적이고 체계적인 진료의뢰 체계를 유지하기 위해서 아래와 같이 진료협약을 체결하고자 합니다. 이에 협약체결 여부에 대한 회신을 부탁드립니다. 감사합니다.

- 아 래 -

가. 회 신 일 :

나. 회신방법 : 아래 방법 중 하나 선택 후 첨부 신청서를 작성하여 회신

① 팩스 : 02-2063-3547

② 전화 : 02-2620-0125

③ 우편 : (07590) 서울특별시 강서구 공항대로 389 1층 진료협력센터

④ E-mail : pink9939@bumin.co.kr

다. 체결방법 : 현지방문 체결 또는 협약서 전달

라. 문 의 처 : 서울부민병원 진료협력센터 홍수정 팀장

※ 별 첨 : 협력병/의원 체결신청서 1부

개인정보 수집, 이용 동의서 1부

의료법인 인당의료재단 서울부민병원

병 원 장

정 훈 재

협력병/의원 체결신청서

1. 의료기관 현황

의료기관명			
대표자성명		출신대학	
주소			
허가병상수			
특화진료과목		진료과목(개)	
의사수	전문의 : 명 / 의사(일반의) :		명

2. 병원 시설

	물리·재활 치료실	중환자실	Ven tilator	격리실	투석실	포괄 병동	공동 간병	엠블런스 지원	정신과
보유여부									

3. 진료의뢰 업무 담당

담당부서		전화번호	
행정책임자		팩스번호	
담당자		E-mail 주소	

4. 참고사항 (의뢰 시, 참고사항있으면 기입해 주십시오.)

--

※ 귀 병원을 소개할 리플렛(약도) 및 기타 자료를 첨부해주시면 참고하겠습니다.

