

수 신 :

제 목 : 협력병(의)원 협약체결

1. 지역사회 국민건강증진과 의료발전을 위해 일선에서 수고하시는 병·의원
원장님들의 건강과 안녕을 기원합니다.
2. 메리놀병원 진료지원센터를 이용하여 주심에 감사드리며, 협력의료기관 간 긴밀한
진료의뢰·회송 체계를 유지하기 위하여 아래와 같이 협력병원협약을 체결하고자
합니다. 이에 협약체결 여부에 대한 회신을 부탁드립니다.

----- 아 래 -----

- 1) 회 신 일 :
- 2) 회신방법 : 다음 방법 중 한 가지 선택 후 첨부 신청서를 작성하여 회신
 - ① E-mail : maryknoll501@daum.net
 - ② 우 편 : (48972) 부산광역시 중구 중구로 121 메리놀병원 총무팀
- 3) 문 의 처 : 메리놀병원 총무팀(Tel. 051-461-2501~2)
- 4) 체결방법 : 현지방문 체결 또는 협약서 전달

※ 붙 임 : 협력병(의)원 협약체결 신청서 1부
개인정보 수집·이용 동의서 1부

재단법인 천주교부산교구유지재단 메리놀병원

병 원 장 김 태 익

협력병(의)원 협약체결 신청서

1. 협력병(의)원 현황

병(의)원명		요양기관번호	
대표자(원장명)		개원일	년 월 일
주소	(우편번호 :)		
전화번호		팩스번호	
허가병상수	병상	의료진 수	
홈페이지 주소		대표 E-mail	
특화 진료과목		개설 진료과목	

2. 시설 및 장비 현황

	중환자실	재활치료실	격리실	포괄병동	공동간병	정신과 폐쇄병실	호스피스 병실	응급실	투석실	Ventilator
보유여부									대	대

3. 협력 담당 및 전원 실무자

전원 담당부서		전화번호	
전원 담당자(직위)		팩스번호	
행정 책임자(직위)		E-mail	

4. 참고사항 - 의뢰 시 참고사항 있으면 기재하여 주시기 바랍니다.

※ 신청서와 함께 아래 자료를 첨부하여 주시기 바랍니다.

1. 의료기관개설허가증 사본 1부
2. 대표자 약력 1부
3. 개인정보 수집·이용 동의서
4. 기타 병원 참고자료(귀 병원을 소개할 자료(리플렛 등)를 첨부하여 주시면 참고하겠습니다.)

=====

보내실 곳 : (우 48972) 부산광역시 중구 중구로 121 메리놀병원 총무팀

협약체결 문의 : 총무팀 T.051-461-2501, E-mail : maryknoll501@daum.net

진료의뢰·회송문의: 진료지원센터 T.051-461-2415, F.051-466-5198, E-mail : mrc@maryknoll.co.kr

