

대아의료재단 한도병원

수신자 : 병.의원장님 귀하

경 유 :

제 목 : 협력의료기관 체결 건

1. 귀 기관의 무궁한 발전과 건승을 기원합니다.
2. 지역사회 의료기관 간 협력을 강화하고, 환자중심의 통합 진료체계를 구축하고자 귀 병원과의 협력진료기관 체결을 요청 드립니다.
3. 특히, 보건복지부 시행 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」에 본원이 참여하고 있으며, 이에 따라 귀 병원과의 연계를 통해 본 사업의 취지를 함께 실현하고자 합니다.
4. 협력진료기관 체결을 통해 양 기관은 다음과 같은 협력을 도모하고자 합니다.
 - 진료 의뢰 및 회송 체계 구축
 - 진료 정보 및 환자관리의 효율적 연계
 - 지역 내 의료자원 활용 극대화
5. 이에 협력의료기관 체결 및 시범사업 참여를 위한 관련 자료를 첨부하오니 검토 후 회신 바랍니다.
6. **접수방법**
 - FAX : 031-8040-1492
 - E-mail : handoh24@handoh.com
 - 담당 : 진료협력센터 (☎ 031-8040-1450, 1451)
7. 첨부:
 - 1) 협력진료기관 신청서 1부.
 - 2) 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 안내문 1부. 끝

감사합니다.

대아의료재단 한도병원 이사장 성대영(인)



