

수탁기관 일반현황 및 연혁

| | | | | | |
|---------------------|--|-----|------------------|---------|--------------|
| 기관명 | | | | | |
| 대표자명 | (생년월일) | | (공동대표인 경우 모두 기재) | | |
| 소재지 | 시(도) | | 구 | 동 | 번지 |
| | (우편번호 -) | | 빌딩 호 | | |
| | ○ 전화 : | | ○ FAX : | | |
| | ○ 인터넷 홈페이지 주소 : | | | | |
| 설립목적 | ○ 단체(법인)의 정관에 표기된 사항 요약 | | | | |
| 주요사업내용 | ○ 해당분야 사업내용 및 주요활용 등을 개조식으로 작성 | | | | |
| 위탁운영에 대한 의지 | ○ 센터운영에 대한 적극적인 의지 예) 센터장 외 다른 신경과/정신과전문의 참여방안, 제안기관의 전문인력 활용에 대한 부분 언급 | | | | |
| 진료과목 현황 | ○ 개설된 진료과목(특수과목 포함) | | | | |
| 병원연혁 | ○ '00.00.00 ○○○ 개인 | | | | |
| | ○ '00.00.00 ○○○○ 법인 설립허가 | | | | |
| 직원현황 | ○ 총원 : 명 (분야별 전문 인력 및 행정인력 현황) | | | | |
| 신경과/정신과 전문의 (고위직 순) | 직 위 | 성 명 | 전공분야 | 근무기간 | 연락처 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 병원시설 현황 | 면 적 | | | 사용형태 | 자가(), 임대() |
| | 재산내역 | | | 원 기타부동산 | |
| | 센터시설 보유 유·무 | | | | |

최근 3년간 해당분야 사업 실적

| 사 업 명 | 수행업무내용 | 사업기간 | 사업실적 | 비고 |
|-------|--------|------|------|----|
| | | | | |

위 사실과 틀림없음을 확인함

2015. . .

의료기관(법인) 대표자 : (인)

- ※ 1. 현재 수행중인 업무 포함하여 연도순으로 기재하며, 본 업무와 유관한 것으로 최근 3년간을 대상으로 한다.
- 2. 해당분야 특수사업 실적 기록, 공공사업 부분 참여실적, 연간 진료환자수등

센터장(전문의) 이력사항

| | | | | | | | |
|--------------|--|------|--|--------------|-----|-----|--|
| 성명 | | 생년월일 | | 직위 | | 자격증 | |
| 분야 | | | | 해당분야 근무경력 | 년 월 | | |
| 최종학교 (학위) | | | | 전공 | | | |

| 경 력 사 항 | | | | |
|---------|-----------------|------|-----|----|
| 근무지명 | 근무기간 (년월~년월) | 담당업무 | 소재지 | 비고 |
| | | | | |

※ 증빙서류 : 센터장(전문의) 재직증명서

※ 현재 수행중인 업무 포함하여 연도순으로 기재하며, 본 업무와 관련한 것으로 최근 3년간을 대상으로 한다.