

## 수탁기관 일반현황 및 연혁

기관명					
대표자명	(생년월일)	(공동대표인 경우 모두 기재)			
소재지	시(도)	구	동	번지	빌딩 호
	(우편번호 - )				
	○ 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 유관한 것으로 최근 3년간을 대상으로 한다.