

(서식 2) 서울시 생명이음청진기사업 참여기관 참여 신청서

서울시 생명이음청진기사업 참여 신청서			
의료기관명		의료기관 개설번호	
소재지		전화	
		팩스	
		우편번호	
신청내용	서울시 생명이음청진기사업 참여		
개설자(대표자)명		개설자(대표자) 생년월일	년 월 일
의사면허번호		전문의 자격번호	
본 의료기관은 서울시 생명이음청진기사업 참여를 신청합니다. 년 월 일 의료기관명: 대표자 (인)			

※ 2부 작성 (보건소 1부, 해당의원 1부)

(서식 3) 서울시 생명이음청진기사업 참여기관 선정 체크리스트

의료기관 정보 (기입 또는 명판으로 대체)						
기관명						
요양기관번호						
요양기관종별						
전문과목 (진료과목)						
주소(소재지)						
대표자						
전화번호						
진료시간	월	화	수	목	금	토
담당인력사항	총인원 : 명		☐ 의사 : ()명 ☐ 간호사 : ()명		☐ 행정요원 : ()명 ☐ 간호조무사 : ()명	
NO	점검사항				적정	부적정
1	관할 의료기관으로 개설자가 사업 참여에 대한 의지가 높다.					
2	의원급 1차 의료기관이다. (* 병원과 종합병원 제외)					
3	지리적 접근성이 편리한 곳에 위치하고 있다.					
4	[서울시 생명이음청진기사업]의 내용을 숙지하고 신청하였다.					
5	기타 :					
○ 지정 의료기관 선정기준 - 항목 1. ~ 항목 5. : “적정”에 해당하여야 함						
작성자	소속		직급 (인)		작성일	년 월 일

(서식 8)서울시 생명이음청진기사업 참여기관 선정통보서

서울시 생명이음청진기사업 참여기관 선정통보서			
의료기관명		의료기관 개설번호	
소재지		전화	
		팩스	
		우편번호	
신청내용	서울시 생명이음청진기사업 참여		
개설자(대표자)명		개설자(대표자) 생년월일	년 월 일
의사면허번호		전문의 자격번호	
본 의료기관은 서울시 생명이음청진기사업의 참여기관으로 선정합니다. 년 월 일 서울특별시 ○○○ 보건소			