|  |
| --- |
| 인증기관신청서认证机构申请书 |
| [ ] 인증[ ] 재인증 | 처리기한 1년 |
| 접수번호 |  |
| Name of hospital(병원명) |  |
| Adress(병원주소) |  |
| Medical directorName(대표원장명) |  |
| Medical directorMajor(대표원장전공) |  |
| Limits of Field(병원 진료과목) |  |
| Telephone(전화번호) |  | Fax(팩스) |  |
| Web Address(홈페이지) |  | E-mail(이메일) |  |
| Contact Name(담당자명) |  | Position(담당자 직함) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Application Date(신청일) |  |

The application was completed by:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ name and title date signature, stamp

of the responsible person(날짜 dd/mm/yyyy) (서명/직인)

(담당자명/직위)

Account number :Woori Exchange Bank (우리은행)예금주:매경헬스1005-802-307427

|  |
| --- |
| 이신청서는아래와같이처리됩니다. (뒷면) |
| 신청인 | 처리기관 |
| 인증전담기관 |
|  |  |
|  | 신청서작성 |  |  | ▶ | 접수 |  |
|  |  |  |
| 홈페이지 등록▲ |  |  |  |  |  |  |  |
| ▼ |
|  | 서면및현지조사 |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  ▼ |  |  |
|  | 평가결과분석 |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ▼ |  |  |
|  | 인증심의위원회심의认证审议委员会审议 |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | ▼ |  |  |
|  | 통보 | ◀ |  |  | 인증등급결정 |  |
|  |  |  |
|  |  |
| **1. 진료현황**诊疗现状(각 주요진료분야 3부분, 부분별2개씩총 6개체크가능) |
| 성형외과整形外科 | 눈성형–□쌍꺼풀 □ 눈매교정술 □써클아이□트임 □눈 처짐 □눈밑/애교 □눈 재수술코성형–□콧대성형 □코끝성형 □복코□듀얼코성형□명품코수술□휜코□코볼축소안면윤곽–□ 양악수술 □ 광대뼈 □ 안면비대칭교정 □ 턱끝□돌출입교정□ 귀족수술 □ 사각턱□ 무턱교정□ 주걱턱교정 □ 이마윤곽술쁘띠성형–□ 보톡스□ 더모톡신□ 필러□ 실리프팅□ 물광주사□ 윤곽주사이마성형–□ 맞춤보형물이마확대술□ 이마지방이식 가슴수술–□ 처진가슴/가슴축소 □ 유두성형 □ 여성형가슴 □ 가슴재건 □ 부유방제거□ 줄기세포가슴확대 □물방울보형물가슴확대술□자유공간가슴확대술□내시경가슴확대술□지방이식가슴확대술엉덩이수술 –□ 보형물 삽입 □ 자가지방□ 레이져힙업지방흡입–□ 미니지방흡입 □ 트리플임팩트지방흡입□ 아큐스컬프지방각술지방이식–□ 줄기세포 지방이식□ 하트라인 지방이식자가혈피부재생–□ PRP자가혈지방이식모발이식–□탈모모발이식 □헤어라인모발이식 |
| 피부과皮肤科 | 피부클리닉 – □스킨케어□여드름케어□모공케어□흉터케어□색소질환 □난치성질 □윤곽주사 □안면홍조/홍반□미백관리 □특수질환체형관리 – □일반체형관리 □미니지방흡입 □지방분해주사 □초음파관리보톡스 – □눈가주름 □이마주름 □사각턱□종아리 □승모근□다한증(땀) □쇄골 필러 – □코필러□팔자주름필러□턱끝/무턱□눈밑/애교 □이마/볼/입술레이저클리닉 – □리프팅□화이트닝□레이져제모□재생관리□피부종양 □튼살모발 클리닉 - □모발이식 □탈모관리 □두피클리닉 |
| 치과牙科 | 치과교정 – □심미교정 □설측교정□스큐류를이용한교정□투명교정 □수술교정 □돌출입수술을동반한급속교정□스피드교정 □주걱턱교정임플란트 – □원데이임플란트□무판막임플란트수술□무치악임플란트□뼈이식임플란트□양악임플란트□레이저무절개임플란트□자기치아이식 □테세라인레이□치아성형 □ 미백 |
| 안과眼科 | □라식□라섹□레이저백내장수술 □안검하수□녹내장□레이저시력교정술 □렌즈삽입시력교정술 □소아청소년교정 □노안교정 |

|  |
| --- |
| **2. 시설현황**设施现状(인증신청일전월말기준) |
| 진료실 | 실 | 수 술 실 | 실 |
| 상 담 실 | 실 | 회 복 실 | 실 |
| V I P 실 | 실 | 관 리 실 | 실 |
| 외래진료실 | 실 | 기 타 | 실 |
| **3. 인력현황**人力资源现状 (인증신청일전월말부터전년도 1년간) |
| 구분 | 의사명 | 전문분야 | 경력 | 근무기간 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 구분 | 인원수(full time equivalent 환산기준) |
| 계 | 정규직 | 계약직 | 임시직 | 용역직 | 파견직 |
| 전 문 의 |  |  |  |  |  |  |
| 간호사 |  |  |  |  |  |  |
| 조무사 |  |  |  |  |  |  |
| 행정 |  |  |  |  |  |  |
| 중국환자담당자 |  |  |  |  |  |  |
| 중국통역 |  |  |  |  |  |  |
| 중국마케팅팀 |  |  |  |  |  |  |
| 기타인력 |  |  |  |  |  |  |
| **총계** |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. 운영현황**运营现状(인증신청일전월말기준) |
| 외국인 환자 유치기관등록 여부 | □유 □무 |
| (등록번호: ) |
| 병원 중국대상 마켓팅 진행 | 병원 중국어 홈페이지 | www. |
| 마케팅담당 | 명 |
| 중국어 전문 통역 인력 | 명 |
| 제휴병원 SITE | www. |
| 중국어 안내 표시 및 중국어 수가표를 보유 | □유 □무 |
| 대표원장의 중국내 의료활동의 경험 여부 | □유 □무 |
| 중국인 환자 유치 경험 | □유 □무 |
| 중국인 환자의 재 방문 | □유 □무 |
| 중국인 환자의 비중 | % |
| 중국인 환자 유치 및 마케팅 계획 여부 | □유 □무 |
| 중국인 환자 사후관리 프로그램 | □유 □무 |
| 병원이 추구하는 중국인에 대한 가격정책 | □ IP□VIP□VVIP |
| VIP 이상일 시1)항목별 일반가격 대비 2)중국환자 전용 차량 3)연계 숙소4)에이젼시5)동반자를 위한 편의6)그외 별도 항목 프로그램 | %□유 □무□유 □무□유 □무□유 □무□유 □무 |
| 외국인 환자를 대상으로 하는 보험 | □유 □무 |
| 1)보험회사: 2)상품명: 3)증권번호: |
| 의료기관 차원의 질 향상과 환자안전 활동 계획 | □유 □무 |
| 경영진의 의료기관 차원 질 향상과 환자안전활동계획 수립 참여 | □유 □무 |
| 질 향상과 환자안전 활동을 위한 필요 자원 지원 | □유 □무 |
| 질 향상을 통해 얻은 성과를 지속적으로 모니터링 | □유 □무 |
| 직원은질향상활동에대한내용을인지 | □유 □무 |
| 병원은 환자만족도 지표를 모니터링 | □유 □무 |
| **5. 세부현황**详细情况 (인증신청일전월말기준) |
| 수술 전∙후 수술계수(Counts)를 수행하고, 기록 | □상 □중 □하 □미해당 |
| 수술계수 불일치 시 대처하는 절차 | □상 □중 □하 □미해당 |
| 마취진료 규정 및 평가 수행 | □상 □중 □하 □미해당 |
| 적격한(마취전문의) 자가 마취서비스를 제공 | □상 □중 □하 □미해당 |
| 약물투여관련 규정 | □상 □중 □하 □미해당 |
| 약물투여 시 환자, 약물명, 투여경로, 용량, 투여시간 확인 | □상 □중 □하 □미해당 |
| 규정에 따른 투약설명을 수행 | □상 □중 □하 □미해당 |
| 진정치료 규정 여부 | □유 □무 □미해당 |
| 규정에 따른 진정 전 평가 수행 | □상 □중 □하 □미해당 |
| 규정에 따른 진정치료 환자 모니터링 | □상 □중 □하 □미해당 |
| 퇴실 (또는 귀가) 기준을 준수 | □상 □중 □하 □미해당 |
| 응급상황 발생 시 대응 방안 수립 | □유 □무 |
| 응급상황 발생 시 대응체계 직원인지 여부 | □유 □무 |
| 직원 심폐소생술 수행가능 | □유 □무 |
| 적시에 세동기 사용여부 | □유 □무 |
| 의료분쟁 발생 시 대응체계 여부 | □유 □무 |

『기준의평가유형에따른상/중/하개념』

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 유형 | 결과 | 수준 |
| A | 규정, 지침, 절차, 프로그램, 조직체계의 수립 및 수행여부 (유 / 무 확인) |
| 유 | 체계가 수립되었다 또는 수행한다 |
| 무 | 체계가 없다 또는 수행되지 않는다 |
| B | 개별교육, 숙지, 인지, 수행 정도를 확인( 상 /중 / 하) |
| 상 | 대부분 수행 또는 충족됨 (80% 이상 수행) |
| 중 | 가끔 수행 또는 충족됨 ((30% 이상 ~ 80% 미만 수행) |
| 하 | 거의 수행 없음 또는 불충족 (30% 미만 수행) |
| C | 규정, 치침, 절차, 프로그램 등에 의한 관리 및 개선 여부평가 |
| 상 | 관리되고, 필요시 개선활동이 이루어짐 (유지 포함) |
| 중 | 관리되고 있으나 개선활동이 없음 |
| 하 | 관리되지않음 |

『제공된 자료 및 정보의 신뢰성』

○ 의료기관은 인증과정의 모든 단계에서 정확하고 신뢰성 있는 자료 및 정보를 제공하여야 하며, 현장조사 시 제공된 자료 및 정보가 허위임이 발견된 경우에는 조사를 중단하거나 인증심의위원회에서 인증을 거절할 수 있습니다.

○ 인증이 결정된 이후 의료기관이 고의 또는 누락으로 인증관련 허위정보를 제공하였음이 발견될 경우에는 수여된 의료기관 인증 또는 조건부인증이 취소되며, 취소된 날부터 1년 이내에 인증을 신청할 수 없습니다.

우리 캠페인은 중국내에서 중국인을 대상으로 우리의 신뢰도를 바탕으로 한국의 훌륭한 의료기관과 의료서비스를 올바르게 이해하고 선택하실 수 있도록 의료지식과 정보를 엄선하여 전달해 드리는 캠페인입니다. 이로써 중∙한 양국의 의료교류는 건전한 발전을 할 수 있다고 사려됩니다.

그린메디컬 캠페인(绿色医疗)에 동참해 주시는 한국의 훌륭한 의료기관의 참여 및 신청 시 다음과 같은 사항은 필수 사항임을 인지해주시기 바랍니다.

1. 정당하지아니한의료행위는하지않음

[ ] 예[ ] 아니요

1. 환자에게치료, 시술, 수술을직접하는의사에대한정확한정보전달(고스트수술금지)

[ ] 예[ ] 아니요

1. 과다진료및부당한진료비청구

[ ] 예[ ] 아니요

1. 세동기및응급조치대책수립

[ ] 예[ ] 아니요

\* 그린메디컬운영위원회가심사등의목적으로병원에대한중국환자들의후기수집및자료분석에동의합니다.

[ ] 동의합니다[ ] 동의하지않습니다.

|  |  |
| --- | --- |
| Application Date(신청일) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

name and title Tell signature, stamp

of the responsible person(연락처) (서명/직인)

(담당자명/직위)

GMC 참여기관의 인증 심사 및 이용에 관한 약관

제1조 (목적)

본 약관은 Green Medical Campaign(이하 GMC)의 기본 취지에 부합하는 의료기관을 인증

심사함으로써 한·중 양국 간 의료교류의 건전한 발전을 도모하고, 심사 및 인증, 운영 주체

간의 권리·의무 및 책임상황을 정하기 위한 목적으로 한다.

제2조 (정의)

1. "신청인"이라 함은 인증 심사를 신청하고 심사비를 납부하는 주체(의료기관)를 말한다.
2. "인증기관"이라 함은 심사 및 인증을 진행하는 GMC사무국을 말한다.
3. “홈페이지”라 함은 GMC 홈페이지를 말한다.

제3조 (적용시기)

이 약관은 “GMC”참여를 희망하는 “신청인”이 인증 심사 신청을 시작한 때로부터 적용되며, 인증기간은 인증이 확정된 날로부터 1년으로 한다.

제4조 (심사 절차 및 기준)

심사절차 및 기준은 심사 규정에 따라 서면심사, 기술심사로 진행하며 기술심사는 전문가심사(인증위원회)와 사용자 심사로 구분한다.

제5조 (접수)

1. “신청인”은 “인증기관” 신청서(이하 “신청서”라 한다)를 작성하고, “신청서” 및 “홈페이지”에 안내 된 관련 서류를 첨부하여 “홈페이지” 및 이메일을 통해 신청한다.
2. “신청인”은 “신청서”에 표기 된 신청담당자 및 운영담당자, 요구되는 정보를 제공하여야 하며, 인증위원회가 심사와 관련 된 추가 정보를 요청하는 경우 제공하여야 한다

제6조 (비용의 납부)

1. “GMC” 인증 비용은 일금 일천이백만원(12,000,000원/VAT 별도)이며, 신청서 제출 시 “신청서”에 기재되어 있는 심사비(삼백만원3,000,000원V.A.T 별도)를 지정된 계좌에 납부해야만 “GMC”에 참여할 수 있는 심사를 진행한다.
2. 인증을 통과한 “신청인”에 한해 ①항의 심사비를 제외한 일금 구백만원(9,000,000/VAT 별도)을 GMC 캠페인 운영비용으로 “인증기관”이 지정하는 계좌로 입금하며, 심사를 통과하지 못한 ‘신청인’에게 심사비를 반환 하지 않는다.

제7조 (제출 정보의 책임)

1. “신청인”이 제출한 모든 자료, 사진, 영상, 텍스트 컨텐츠, 별첨 인증서 등의 저작권, 2차 가공권, 인터넷 배포권, 초상권 등 모든 권리와 책임은 제출 기관에 있다.
2. 제출된 자료 및 확인된 내용이 사실과 다를 경우 신청 및 인증 자체가 무효화 될 수 있으며 이 책임은 전적으로 “신청인”에게 있다.
3. GMC에 참여한“신청인”은 참여 기간 내에 인·허가 관련 변동, 자격과 관련된 변동사항 발생 시 “인증기관” 측에 즉각 서류 통보하여야 한다.

제8조 (정보사용의 동의)

“인증기관”은 모든 인증을 통과한 모든 “신청인”의 자료를 소정의 기준에 의하여 온라인 상의

자료로 가공, 제작 배포하게 되며 그 기준은 모든 “신청인”에게 공히 적용된다.

제9조 (인증 취소 및 참여 무효)

① “신청인”이 제출한 자료 및 확인된 내용이 사실과 다를 경우에는 인증 및 참여 자체가 무효화 될 수 있으며 이 책임은 전적으로 제출기관에 있다.

② “인증기관”은 다음 각 호의 사유가 발생한 경우에 GMC 참여 “신청인”의 인증 취소 및 “홈페이지” 내 등록삭제 조치를 받는다.

1) GMC의 명예와 목적, 취지를 심각히 훼손하는 경우

2) 참가 신청 시 동의한 “신청서” 내 동의사항에 반하는 경우

3) 허위 정보를 제공하였음이 발견되는 경우

4) 의료기관의 허가 취소, 한국 정부로부터 의료행위에 관련하여 법적제재를 받는 경우

5) 의료사고 발생 시 사고내용이 이와 관련하여 GMC 참여기관으로 적절치 못하다고 판단되는 경우

③ 귀책사유가 해당 의료기관에 있어서 인증이 취소될 경우 이미 지급한 심사비 및 기금은 반환되지 않는다.

제10조 (약관의 동의)

“인증기관”은 신청서의 제출 자체가 약관내용을 숙지하고 내용에 동의 함으로 인정함.