

요양시설 의사 협약서

요양 시설	시 설 명	청명실버타운		
	주 소	전라남도 나주시 남평읍 나주호로 558-15		
	시 설 장	김향미	연 락 처	061-337-3400
협약의사	성 명	류권호	연 락 처	010-3649-7735
	주 소	전라남도 화순군 도곡면 고인돌1로 282-14, 2층		
	의료기관명	미소요양병원		

협 약 내 용

제1조(목 적) 이 협약은 상기 요양시설(이하 “요양시설”이라 한다)과 상기 협약의사(이하“협약의사”라 한다)가 상호간의 협력과 적절한 의료적 접근을 통하여 시설 입소자의 건강증진과 행복한 노후 삶의 질 향상에 기여함을 목적으로 한다.

제2조(협약기간) 이 협약은 협약체결일로부터 1년으로 한다.

제3조(업무의 협조범위) “요양시설”과 “협약의사”는 입소어르신에게 적기에 적절한 건강관리를 위하여 다음 각호의 사항을 협조한다.

요양시설	협약의사
“협약의사”의 협약의사 활동을 협조한다. - 매일 입소 어르신의 건강상태를 파악하고 건강기록부를 작성 보관하여 입소어르신에 대한 협약의사의 진찰에 도움을 준다. 협약의사 진찰비용중 본인부담금을 약정일에 협약의사가 소속된 의료기관의 계좌로 일괄 지급한다.	“요양시설”의 입소어르신의 진찰에 성심 성의를 다하여 어르신의 진찰내용을 충실히 기록한다. - 사전 협의된 진찰일에 방문 건강관리를 한다.

(공통) 사정상 **협약의사**의 방문 일정을 조정하여야 하는 경우에는 3일 이전에 상호 조율한다.

제4조(진찰일) “협약의사”는 매월 2회__월요일에 “청명실버타운”의 시설을 방문하여 건강관리를 한다.

제5조(비밀의 보장) “요양시설”과 “협약의사”는 입소어르신과 요양시설에 대한 일체의 정보에 대해서는 비밀을 보장하여야 한다.

제8조(협조사항) 필요시 관계기관(단체)에 제출하는 것을 동의합니다.

제9조(기타사항) 이 협약은 “요양시설”과 “협약의사” 중 어느 한 측의 요청이 있을 경우에는 협의하여 변경할 수 있으며, 이 협약에 명시되지 아니한 사항은 “요양시설”과 “협약의사”가 상호 협의하여 정한다. 다만 제4조, 제6조, 제7조에 대한 변경사항이 있는 경우, 뒷면에 변경내용을 작성한다.

상기내용의 협약을 증명하기 위하여 협약서를 2부 작성하여 서명 후 각각 1부씩 보관한다.

2025년 11월 19일

시설장 성명	김 향 미		협약의사 성명	류 권 호	
--------	-------	---	---------	-------	---