

「서울의료관광 협력기관」 모집 연장공고

서울의 안전하고 신뢰도 있는 의료관광 환경 조성과 민·관 협력체계 강화를 위하여 서울의료관광 협력기관을 아래와 같이 모집합니다.

2021년 8월 13일

서울특별시

1. 사업명 : 서울의료관광 협력기관 선정

2. 모집 목적

서울시 의료관광에 대한 관광객의 신뢰도 제고를 위해 공정한 선정기준에 따라 협력기관을 선정하고, 의료관광 활성화를 위한 민·관 협력체계 강화를 강화하고자 함

3. 모집대상 및 신청자격

가. 모집대상

구 분	대 상
의료기관	<input type="checkbox"/> 상급병원 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 의원
외국인 환자 유치 기관 및	<input type="checkbox"/> 외국인 환자 유치기관 <input type="checkbox"/> 웰니스 <input type="checkbox"/> 숙박 <input type="checkbox"/> 쇼핑 <input type="checkbox"/> 교통 <input type="checkbox"/> 관광지
관광분야 서비스 기관	<input type="checkbox"/> 기타 ()

나. 신청자격(아래의 요건 모두 충족)

신청요건

서울시 소재 의료기관/외국인환자 유치기관(외국인 환자 유치기관으로 등록된 기관)

2019. 1. 1 이후 의료법 위반으로 등록취소 및 시정명령 받은 사실이 없는 기관

- 기 간 : 2019. 1. 1. ~ 신청서 접수 종료일까지

- 기준일 : 행정처분이 확정된 날을 기준으로 함

* 영업 정지에 갈음하는 과징금 부과 처분 내역에 포함

관광분야 서비스기관: 서울시 소재 웰니스, 숙박, 쇼핑, 교통, 관광지 등 관련 시설

4. 운영기간 : 2022.1.1 ~ 2024.12.31(3년 간)

5. 접수기간 : 2021. 8.13.(금) ~ 2021.8.26.(목) 18:00까지(총 14일간)

6. 제출서류 및 제출방법

의료기관		외국인 환자 유치기관 및 관광분야 서비스기관
필수	① 참가신청서 및 신청기관 현황 ② 서약서 ③ 개인정보 수집·이용에 대한 동의서 ④ 사업자등록증 ⑤ 외국인환자 유치 등록증 ⑥ 의료기관 신고필증	① 참가신청서 및 신청기관 현황 ② 서약서 ③ 개인정보 수집·이용에 대한 동의서 ④ 사업자등록증 ⑤ 외국인환자 유치 등록증 (유치기관만 해당)
	- 외국어진료안내문/진료계약서/ 환자동의서 사본 - 4대보험 가입자 명부, 인력현황표, 언어별 자국어권(자국음 상용음역 전담 등 - 외국인환자 유치정보 시스템 실적 캡처본 - 홍보마케팅 참여실적 - 국내외 네트워크 구축현황 (서류, 사진) - 홍보물 사본 - 수상이력 - 인증서 - 외국인 온라인 예약시스템 증명(사진, url) - 종교 편의 서비스 사진 - 안전장비 증빙 사진 등 관련 증빙자료 제출	- 외국어안내문/신청서/동의서사본 - 4대보험 가입자 명부, 인력현황표, 언어별 자국어권(자국음 상용음역 전담 등 - 외국인환자 유치정보 시스템 실적 캡처본 - 홍보마케팅 참여실적 - 국내외 네트워크 구축현황 (서류, 사진) - 홍보물 사본 - 수상이력 - 인증서 - 외국인 온라인 예약시스템 증명(사진, url) - 종교 편의 서비스 사진 - 안전장비 증빙 사진 등 관련 증빙자료 제출
선택		
* 필수서류 미제출 시 심사 제외 * 해당사항 있는 경우 선택 제출 (현장평가 시 실물 확인 예정)		

나. 제출방법 : 이메일 접수

○ 운영사무국 (070-5220-0325/seoul@radkorea.com)

다. 작성방법

○ 작성서식 : 분야별 참가신청서

* 서울시(www.seoul.go.kr) 및 서울관광재단 홈페이지 (www.sto.or.kr) 내 신청양식 다운로드

- 작성방법
 - 규 격 : A4 종으로 작성하고 페이지 부여
 - 분 량 : 제한 없음
 - 별첨 작성 서식에 준하여 작성하되, 필요한 경우 내용을 가감할 수 있음
- 유의사항
 - 작성내용이 허위로 확인 될 경우 선정 제외, 선정 이후 적발 시 선정 취소
 - 제출한 서류는 반환하지 않음

7. 심사 및 선정

가. 선정방법 : 의료기관 분야 전문가 평가위원회 심사 선정 (서면, 현장실사)

나. 평가항목

○ 의료기관

평가부분	평가항목	평가지표	평가지표	배점
의료관광객 수용태세 및 역 량	1. 다국어 진료서식 구비여부 (30점)	환자권리와 책임에 관한 외국어 지침	보유	10
			미보유	0
		외국어 환자동의서	보유	10
			미보유	0
		외국어 진료안내문	보유	10
			미보유	0
	2. 외국인환자 유치관련 전문인력현황 (20점)	전문의 보유(수)	2명 이상	10
			1명 이상	7
			미보유	0
		전담코디네이터 (동역)수	2명 이상	5
			1명 이상	3
			미보유	0
		소통가능 외국어(수)	3개 외국어 이상	5
			2개 외국어 이상	3
			1개 외국어 이상	2
			외국어 소통 불가능	0
	3. 19~20년도 외국인환자 유치실적 (10점)	유치 환자 수	500명 이상	10
			301명~500명	8

		4. 다국어홈페이지, 홍보물 보유여부 (10점)	다국어 홈페이지	101명~300명	6	
				10~100명	4	
				10명 미만	2	
				3개 언어 이상	5	
			홍보물	2개 언어	3	
				1개 언어	2	
				없음	0	
				3개 언어 이상	5	
			5. 국내외 홍보·마케팅 사업 참여도 (5점)	공공기관 마케팅활동 참여도 (2018~2020)	2개 언어	3
					1개 언어	2
					없음	0
정성적 평 가 (25점)	6. 의료관광객 유치계획 및 의료관광협력기관과 협업계획 (15점)	체계성, 구체성, 실행가능성	10회 이상	5		
			6~9회	3		
			5회 이하	2		
	7. 국내/외 네트워크구축 (10점)	네트워크 양·질, 향후 의료관광 연계가능성	우수	15		
			적절	10		
			미흡	5		
			우수	10		
			적절	7		
			미흡	4		
	가산점 (10점)	8. 외국인 환자용 온라인 예약시스템(1점)	유무	있음	1	
				없음	0	
9. 종교편의 서비스(1점)		유무	있음	1		
			없음	0		
10. 수상이력(18년 이하)(4점)		횟수	3회 이상	4		
			1회~2회	2		
11. 전문기관 인증병원 (4점)		JCI 인증		4		
	보건복지부 인증		3			
	기타 인증		2			

* 가산점(전문기관 인증병원)이 중복일 경우에는 해당 매점 중 최고점만 반영

○ 외국인 환자 유치기관 및 관광분야 서비스 기관

평가부문	평가항목	평가지표	평가지표	배점
의료관광객 수용태세 및 역량/계획	정량적 평가 (50점)	1. 외국어 가능 전문 인력 현황 (10점)	가능 언어인	3개 언어인 이상 5 2개 언어인 이상 3 1개 언어인 2 없음 0
			가능 인력	6명 이상 5 3명~5명 3 2명 이하 2 없음 0
		2. 외국어 홈페이지 운영 여부 (10점)	외국어 홈페이지 언어인 수	3개 언어인 이상 10 2개 언어인 7 1개 언어인 4 없음 0
			외국어 언어인 수	3개 언어인 10 2개 언어인 7 1개 언어인 4 없음 0
		3. 외국어 홍보물 발간 현황 (10점)	외국어 언어인 수	10개 기관 이상 10 5~9개 7 5개 미만 4 없음 0
			네트워크 구축 기관 수	10개 기관 이상 10 5~9개 7 5개 미만 4 없음 0
		4. 해외바이어(현지 의료관광 에이전시 및 여행사 등), 의료기관 등 현지 네트워크 구축현황 (10점)	네트워크 구축 기관 수	10개 기관 이상 10 5~9개 7 5개 미만 4 없음 0
			네트워크 구축 기관 수	우 수 20 적 절 14 미 흡 8 없 음 0
		5. 국내 의료기관, 숙박 등 관광 유관시설과 네트워크 구축현황 (10점)	구제성 및 실현가능성	우 수 30 적 절 20 미 흡 10 없 음 0
	정성적 평가 (50점)	6. 의료관광 중심 기관 소개 및 해외의료관광객 전용 서비스 (20점)	타당성 및 적합성	있음 1 없음 0
			구제성 및 실현가능성	있음 1 없음 0
		7. 의료관광객 유치계획 및 의료기관과 협력방안 (30점)	구제성 및 실현가능성	있음 1 없음 0
			구제성 및 실현가능성	있음 1 없음 0
		8. 외국인 환자용 온라인 예약시스템 (1점)	유무	있음 1 없음 0
		9. 종교편의 서비스 (1점)	유무	있음 1 없음 0
		10. 안전장비 보유 (1점)	유무	있음 1 없음 0
	가산점 (10점)	11. 관광 및 의료관광 분야 공동연구 우수 인증 보유 및 수상이력 ('18년 이후) (4점)	횟수	3회 이상 4 1회~2회 2
			횟수	3회 이상 3 1회~2회 2
		12. 의료관광 홍보마케팅 참여 실적('18년 이후) (3점)	회수	3회 이상 3 1회~2회 2

다. 선정결과 발표 : '21. 10. 8.(금) 서울관광재단 홈페이지 (www.sto.or.kr) 게재 및 개별 통보

8. 협력기관 지원사항

(공통)

가. 협력기관 선정 후 공식증서 제공 (지정일로부터 3년간 유효)

나. 의료관광 홈페이지 및 헬프데스크를 통한 온·오프라인 홍보기회 제공

- 홈페이지 내 협력기관 소개 및 의료서비스 홍보 ※5개 언어 (한영중일러)
- 서울관광플라자 의료관광 헬프데스크 내 브로셔 비치 등

다. 외국인 환자 유치를 위한 국내·외 마케팅 지원

- 서울의료관광 공식 SNS 채널 내 협력기관 홍보
- 국제의료관광 거래블라트 B2B 상담, 설명회, 팸투어 연계 등 제공

라. 협력기관 간 네트워크의 장 마련

- 협력기관 간 교류의 장을 마련하여 상호 협력체계 구축
- 의료관광 협력기관 연례회의 개최

마. 의료관광 분야 역량강화를 위한 온·오프라인 교육 제공

(분야별)

가. 서울시 의료관광 협력기관 대상 지원금 지원

구 분	지원항목
의료기관 및 유치기관	- 통역 코디네이터 연계 및 지원
	- 픽업 센딩 지원
웰니스	- 체험비 일부지원
기타 분야	- 홍보 기회 제공 - 네트워크의 기회 마련

※지원범위 추후 별도 안내(22년 초 예정)

9. 기타사항

- 참가신청은 이메일로 제출하여야 하며 우편 접수는 불가합니다.
- 제출된 서류는 일체 반환하지 않습니다.
- 활동기간 중 「의료법」 및 「의료 해외진출 및 외국인 환자 유치 지원에 관한 법률」 등 관계법률 위반 등으로 인한 부적절한 사유 발생 및 사업 참여도가 현저히 저조한 기관에 대해서는 심사를 거쳐 선정 취소될 수 있습니다.
- 참가신청서식은 서울시 홈페이지(<http://www.seoul.go.kr>) 또는 서울관광재단 홈페이지 공지사항(<http://www.sto.or.kr>) 에서 다운로드 받을 수 있습니다.
- 협력기관 모집에 관한 자세한 사항이나 의문사항에 대해서는 (운영사무국 ☎ 070-5220-0325)으로 문의하여 주시기 바랍니다.

붙임 : 1-1. 참가신청서(의료기관) 1부.

1-2. 참가신청서(외국인 환자 유치기관 및 관광분야 서비스기관) 1부.

2. 서약서(공통) 1부.

3. 개인정보 수집·이용에 관한 동의서 1부.

4. 관련 증빙자료(사본) 각 1부. 끝.

붙임 1-1 참가신청서 (의료기관)

서울의료관광 협력기관 참가신청서 (의료기관)				
신청인	기관명	(국문)		
		(영문)		
	주소	서울특별시 (총면적 : m ²)		
	대표자명		전 화 번 호	
외국인 환자 유치 의료기관 등록번호			사업자등록번호	
사업담당	부 서		연락처	(직통)
				(휴대전화)
	성명/직함		e-mail	
<p>서울의료관광 협력기관 참가신청서를 제출합니다.</p> <p>2021. . .</p> <p>붙임. 신청기관현황, 서약서, 개인정보동의서</p> <p>기 관 명</p> <p>대 표 자 (인)</p>				

※ 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」에 따라 외국인환자 유치 의료기관으로 등록된 기관

붙임. 신청기관현황 작성 양식 (의료기관)

■ 의료기관 일반정보

구 모	<input type="checkbox"/> 상급병원 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 의원 (진료실 : 실, 수술실 : 실, 병상수 : 개)
진 료 과 목	(총 개) <input type="checkbox"/> 성형외과 <input type="checkbox"/> 피부과 <input type="checkbox"/> 건강검진 <input type="checkbox"/> 한방 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과 <input type="checkbox"/> 산부인과 <input type="checkbox"/> 내과통합 <input type="checkbox"/> 외과통합 (적주, 관절 등) <input type="checkbox"/> 기타()

■ 의료기관 인력정보

의료인력	근무인원	명 (전체의사 : 명, 전문의 : 명) / 전체간호인력 : 명)
상주 전담 코디네이터 (통역)	총 명 러시아어(명) 중국어나(명) 몽골어(명) 기 타(언어: 명)	

※ 4대보험가입자명부, 인력현황표, 언어권별 자격확인(자격증, 성적증명, 전공 등)

■ 병원 특화 치료항목

주요 특화치료항목	치료명	비 고

■ 주요 실적

2019년 외국인 환자 진료실적	외국인 진료실적	총 명(월 명) ※외국인환자 유치 정보시스템에 보고한 자료와 동일하여야 함																
	국적별 외국인 진료실적	영어권(명), 중국(명), 일본(명), 러시아(명), 몽골(명), 기타 (국가명 : , 명)																
2020년 외국인 환자 진료실적	외국인 진료실적	총 명(월 명) ※외국인환자 유치 정보시스템에 보고한 자료와 동일하여야 함																
	국적별 외국인 진료실적	영어권(명), 중국(명), 일본(명), 러시아(명), 몽골(명), 기타 (국가명 : , 명)																
국내 · 외 의료관광 홍보마케팅 사업 참여 실적	<table><tr><th>연번</th><th>행사기간</th><th>행사명</th><th>주관</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	연번	행사기간	행사명	주관	1				2				3				※ 공공기관 마케팅 활동 참여로 2018년 이후 실적을 기재함 *필요시 줄 추가 가능 ※ 박람회, 컨퍼런스, 설명회, 팸투어 참여실적 등(단순 학술대회 참가실적 불인정) ※ 참여 증빙가능한 세금계산서/사진자료 첨부
연번	행사기간	행사명	주관															
1																		
2																		
3																		

국내외 네트워크 구축현황	기관명	체결년월	상세내용
	※ 네트워크 체결 기관명, 체결년월, 상세내용 기재(해외병원, 에이전시, 글로벌 보험사 등) ※ 체결서류 이미지, 관련 사진 별첨		
의료관광객 유치계획 및 의료관광 협력기관과 협업계획 (※심사평가자료)	#심사위원의 평가자료로 활용됨으로 구체적으로 기술		

■ 외국인 환자 지원 서비스

국제진료센터 (유사부서)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 ※ 사진자료 및 부서 개요 별첨
주요 타깃국가	<input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 미국 <input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 러시아 <input type="checkbox"/> 몽골 <input type="checkbox"/> 카자흐스탄 <input type="checkbox"/> 아랍에미리트 <input type="checkbox"/> 싱가포르 <input type="checkbox"/> 베트남 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 기타 ()
다국어 홈페이지/SNS 구축여부	<input type="checkbox"/> 무 (향후 제작 계획 유, 무) <input type="checkbox"/> 유 □영 어 (링크 :) □중 국 어 (링크 :)

	<input type="checkbox"/> 일 어 (링크 :) <input type="checkbox"/> 러시아어 (링크 :) <input type="checkbox"/> 기 타 (링크 :)																																
다국어 홍보물 보유여부 (※ 사진첨부)	<input type="checkbox"/> 무 (향후 제작 계획 유, 무) <input type="checkbox"/> 유 리 플 릿 <input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타() 가 이 드 북 <input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타() 동 영 상 <input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타() 기타() <input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타()																																
다국어 진료서식 구비여부 (※ 사진첨부)	외국어 진료안내문 <input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타() 외국어 진료계약서 <input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타() 외국어 환자동의서 <input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타() 기타 서식() <input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타()																																
외국인 환자용 온라인 예약시스템 (※ URL 기재)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무																																
종교 편의 서비스 (※ 사진첨부)	<input type="checkbox"/> 기도실 <input type="checkbox"/> 할랄식 <input type="checkbox"/> 기타() 없음																																
배상책임보험/ 인증서/수상이력 (※ 증빙제출)	◎ 외국인환자 대상 배상책임보험 가입여부 : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <보험사, 명칭, 보험가입한도액, 피보험자 기재> ◎ JCI 또는 의료기관인증평가원 인증여부 : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <인증명칭, 주회, 평가기관, 인증번호, 유효기간> <table><tr><th>구분</th><th>인증년월</th><th>인증번호</th><th>유효기간</th></tr><tr><td>JCI 인증</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>보건복지부 인증</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>기타 <평가기관명 기재></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ◎정부주관 또는 의료관광사업 행사관련 수상이력 : <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 <table><tr><th>수상명칭</th><th>수상년월</th><th>주관부서</th><th>발행번호</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	구분	인증년월	인증번호	유효기간	JCI 인증				보건복지부 인증				기타 <평가기관명 기재>				수상명칭	수상년월	주관부서	발행번호												
구분	인증년월	인증번호	유효기간																														
JCI 인증																																	
보건복지부 인증																																	
기타 <평가기관명 기재>																																	
수상명칭	수상년월	주관부서	발행번호																														
※ 2018 이후 수상 이력만 기재																																	

붙임 1-2	참가신청서 (외국인 환자 유치기관 및 관광분야 서비스기관)		
* 아래 사항 중 해당되는 경우에만 기재			
서울의료관광 협력기관 참가신청서 (외국인 환자 유치기관 및 관광분야 서비스기관)			
신청인	기관명	(국문) (영문)	
	구 분	<input type="checkbox"/> 외국인 환자 유치기관 <input type="checkbox"/> 웰니스 <input type="checkbox"/> 숙박 <input type="checkbox"/> 쇼핑 <input type="checkbox"/> 교통 <input type="checkbox"/> 음식 <input type="checkbox"/> 관광지 <input type="checkbox"/> 기타 ()	
	주 소	서울특별시 (충면적 : m ²)	
	대표자명		전 화 번 호
외국인 환자 유치 의료기관 등록증 번호		사업자등록번호	
사업담당	부 서	연락처	(직통) (휴대전화)
	성명/직함	e-mail	
서울의료관광 협력기관 참가신청서를 제출합니다. 2021. . . . 붙임. 신청기관현황, 서약서, 개인정보동의서 기 관 명 대 표 자 (인)			

※유지기관의 경우, 「의료·여행산업 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」에 따라 외국인환자 유치기관으로 등록된 기관

붙임. 신청기관현황 작성 양식 (외국인 환자 유치기관 및 관광분야 서비스기관)

■ 기관소개

기관소개	
해외 의료관광객 전용 서비스	[의료관광과 연계할 수 있는 방향으로 작성]

■ 기관 인력정보

근무인력	근무인원	총 _____명
외국어 가능인력	총 _____명	영 어 (_____명) 중국어(_____명) 일 어(_____명) 러시아어(_____명) 몽골어(_____명) 기 타(언어: _____명)

※ 4대보험가입자명부, 인력현황표, 언어권별 자격확인(자격증, 성적증명, 전공 등)

■ 해외 의료 관광객 지원 서비스

주요 타깃국가	<input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 미국 <input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 러시아 <input type="checkbox"/> 몽골 <input type="checkbox"/> 카자흐스탄 <input type="checkbox"/> 아랍에미레이트 <input type="checkbox"/> 싱가포르 <input type="checkbox"/> 베트남 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)
다국어 홈페이지/SNS 구축여부	<input type="checkbox"/> 무 (향후 제작 계획 유, 무) <input type="checkbox"/> 영 어 (홈페이지 링크 : _____) <input type="checkbox"/> 중 국 어 (홈페이지 링크 : _____) <input type="checkbox"/> 일 어 (홈페이지 링크 : _____) <input type="checkbox"/> 러시아어 (홈페이지 링크 : _____) <input type="checkbox"/> 기 타 (홈페이지 링크 : _____)
다국어 홍보물	<input type="checkbox"/> 무(향후 제작 계획 유, 무)

보유 여부 (※ 사진첨부)	<input type="checkbox"/> 유	리 플 랫	<input type="checkbox"/> 영, <input type="checkbox"/> 중, <input type="checkbox"/> 일, <input type="checkbox"/> 기타(_____)
		가 이 드 북	<input type="checkbox"/> 영, <input type="checkbox"/> 중, <input type="checkbox"/> 일, <input type="checkbox"/> 기타(_____)
		동 영 상	<input type="checkbox"/> 영, <input type="checkbox"/> 중, <input type="checkbox"/> 일, <input type="checkbox"/> 기타(_____)
		기타(_____)	<input type="checkbox"/> 영, <input type="checkbox"/> 중, <input type="checkbox"/> 일, <input type="checkbox"/> 기타(_____)
다국어 서식 구비 여부 (※ 사진첨부)	외국어 안내문		<input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타(_____)
	외국어 신청서		<input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타(_____)
	외국어 동의서		<input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타(_____)
	기타 서식(_____)		<input type="checkbox"/> 영 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 러 <input type="checkbox"/> 기타(_____)
외국인용 온라인 예약 시스템 (※URL 기재)	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무		
종교 편의 서비스 (※ 사진첨부)	<input type="checkbox"/> 기도실 <input type="checkbox"/> 할랄식 <input type="checkbox"/> 기타(_____) <input type="checkbox"/> 없음		
안전장비 보유 (※ 사진첨부)	<input type="checkbox"/> 제세동기 <input type="checkbox"/> 응급키트 <input type="checkbox"/> 응급상황 대처 매뉴얼 <input type="checkbox"/> 기타(_____)		
배상책임보험/ 인증서/수상이력	◎ 외국인 방문자 대상 배상책임보험 가입여부 : <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 〈보험사, 명칭, 보험가입연도액, 피보험자 기재〉		
	◎ 공공기관 우수 인증 및 수상 이력 : <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (※ 증빙제출)		
	수상명칭	수상년월	주관부서

※ 2018년 이후 수상이력만 기재

■ 주요실적

2019 외국인 환자/고객 유치실적	총 _____명 영어권(_____명), 중국(_____명), 일본(_____명), 러시아(_____명), 몽골(_____명), 기타 (국가명 : _____, _____명)
2020 외국인 환자/고객 유치실적	총 _____명 영어권(_____명), 중국(_____명), 일본(_____명), 러시아(_____명), 몽골(_____명), 기타 (국가명 : _____, _____명)
주요 타깃국가	<input type="checkbox"/> 중국 <input type="checkbox"/> 미국 <input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 러시아 <input type="checkbox"/> 몽골 <input type="checkbox"/> 카자흐스탄 <input type="checkbox"/> 아랍에미레이트 <input type="checkbox"/> 싱가포르 <input type="checkbox"/> 베트남 <input type="checkbox"/> 태국 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)

※ 외국인 환자 유치기관의 경우 외국인환자 유치 정보시스템에 보고한 자료와 동일하여야 함

국내·외 의료관광 홍보마케팅 사업 참여 실적	연번	행사기간	행사명	주관
	1			
	2			
	3			
※ 공공기관 마케팅 활동 참여로 2018년 이후 실적을 기재함 *필요시 줄 추가 가능 ※ 박람회, 컨퍼런스, 설명회, 팸투어 참여실적 등(단순 학술대회 참가실적 불인정) ※ 참여 증빙가능한 세금계산서/사진자료 첨부				
국내·외 네트워크 구축현황	기관명	체결년월	상세내용	
※ 네트워크 체결 기관명, 체결년월, 상세내용 기재 (해외 및 국내 바이어/의료기관/메이전시/여행사/숙박시설/글로벌 보험사 등) ※ 체결서류 이미지, 관련 사진 별첨				
의료관광객유치계획 및 의료관광 협력기관과 협업계획 (※심사평가자료)	※심사위원의 평가자료로 활용됨으로 구체적으로 기술			

붙임 2	서약서 (서울시 의료관광 협력 기관 선정사업)
서 약 서	
본 기관은 서울시와 서울관광재단이 시행하는 「서울의료관광 협력기관 선정사업」 참여와 관련하여 다음의 사항을 확인하고 준수할 것을 서약합니다.	
1. 본 기관은 서울시에서 공모하는 「서울의료관광 협력기관 선정사업」과 관련하여 제출한 모든 서류와 증빙 자료는 사실에 근거하여 작성하였으며, 허위기재 또는 부실 작성으로 인하여 초래되는 모든 법적·행정적 책임을 감수하겠습니다.	
2. 사실과 다른 자료 제출과 증빙 자료가 있을 경우 선정 취소 및 향후 서울시 및 서울관광재단 사업 참여 배제가 됨을 분명히 인지합니다.	
3. 「서울의료관광 협력기관 선정사업」 관련하여 서울시와 서울관광재단에서 정한 평가 방법과 선정 결과에 대하여 일체의 이의를 제기하지 않겠습니다.	
4. 본 사업과 관련하여 서울시와 서울관광재단이 추진하는 사업에 적극적으로 협조할 것을 서약합니다.	
2021년 월 일	
기 관 명	
대 표 자 (인)	

개인정보 수집·이용에 관한 동의서

『서울의료관광 협력기관 선정사업』 참여와 관련하여, 아래의 내용과 같이 본인의 개인정보를 수집 이용하는 것에 동의합니다. 처리한 개인정보는 다음의 목적 이외의 용도로는 사용되지 않으며 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 예정입니다.

1. 개인정보 수집·이용 목적

서울의료관광 협력기관 선정사업 참여신청서 등 관련 업무를 위한 최소 정보의 수집과 이용

2. 개인정보의 수집항목

신청서상에 기재하는 회사명, 생년월일, 전화번호, 전자우편, 주소, 등록번호 등

3. 개인정보 보유 및 이용 제공 기간

동의서가 작성된 때로부터 5년이며, 보유 및 이용 기간이 경과, 처리목적 달성 시 제출서류는 삭제하며, 전자파일은 복구 불가능한 전자적 방법으로 파기

4. 동의를 거부할 권리와 거부에 따른 불이익

신청자는 상기 개인정보의 수집에 대하여 거부할 권리를 가지며, 개인정보 제공 동의를 거부할 경우 사업 참여 신청 및 평가가 제한되는 등의 불이익을 받을 수 있습니다.

본인은 서울의료관광 협력기관 선정사업 참가를 목적으로 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

2021년 월 일

기 관 명

대 표 자 (인)

- 17 -

붙임 4

관련 증빙자료 (사본) *선택

1. 외국어 진료 안내문 증빙자료

이미지

이미지

1) 설명

2) 설명

2. 외국어 진료 계약서 및 환자 동의서

이미지

이미지

1) 설명(외국어 진료 계약서 영어/중국어/일어)

2) 설명(외국어 환자 동의서 영어/중국어 일어)

3. 외국어 웹사이트 및 눈 운영 현황

이미지

이미지

1) 설명

2) 설명

URL :

URL :

- 18 -

4. 외국인 온라인 예약시스템

이미지

이미지

1) 설명

2) 설명

url:

url:

5. 외국어 홍보물

이미지

이미지

1) 설명

2) 설명

※ 디자인/인쇄 파일 PDF 별첨 | 첨부파일 00

6. 수상이력

이미지

이미지

1) 설명

2) 설명

※ 상장 PDF 별첨 | 첨부파일 00

7. 인증이력 :공공기관 우수 인증 및 전문기관 인증 내역

이미지

이미지

1) 설명

2) 설명

※ 인증서 PDF 별첨 | 첨부파일 00

8. 국내외 협력 네트워크 구축 현황

이미지

이미지

1) 설명

2) 설명

※ 네트워크 구축 현황 증빙자료(협약서 등) 별첨 | 첨부파일 00

9. 종교 편의 서비스

이미지

이미지

1) 설명

2) 설명

- 20 -

- 19 -

10. 안전장비

이미지	이미지
1) 설명	2) 설명

11. 국내외 홍보·마케팅 사업 참여도

이미지	이미지
1) 설명	2) 설명

※ 홍보·마케팅 참여 증빙자료(계약서/세금계산서 등) 별첨 | 첨부파일 00