

[별지 제3-2호]

혁신의료기술 실시기관 및 의료진 정보

※ 각 실시기관별로 서식을 작성하여 주시기 바랍니다.

혁신의료기술 실시기관							
실시기관명 (요양기관번호)				대표자			
주소							
의료기관 구분	종별	☐ 의원 ☐ 병원 ☐ 종합병원 ☐ 상급종합병원 ☐ 치과병원 ☐ 한방병원 ☐ 요양병원					
	기타	☐ 대학병원 ☐ 수련병원 ☐ 비교육 병원 ☐ 연구중심 병원					
총 병상 수	병상 (YYYY. MM. DD.) 기준						
의료기관 체계	해당 진료과 당직체제	☐ 유 ☐ 무		응급수술 실시체제	☐ 유 ☐ 무		
	응급의료기관 구분	☐ 중앙 ☐ 권역 ☐ 전문 ☐ 지역		☐ 무			
	24시간 원내검사체제	☐ 유 ☐ 무		기관윤리심의위원회	☐ 유 ☐ 무		
혁신의료기술 의료진							
구분	소속임상과	세부전공	직책	성명	면허번호 (취득년도)	휴대폰	E-mail
실시의사							
실시의사							
실시의사							

※ 붙임 1. 개인정보 수집·이용 동의 [필수]

붙임 2. 혁신의료기술 성실 이행 서약서 [필수]

※ 모든 실시기관의 연구참여자 및 의료진별로 작성 및 날인하여 제출해 주시기 바랍니다.

[붙임 1]

개인정보 수집·이용 동의 [필수]

한국보건의료연구원은 「개인정보 보호법」 등 관련 법령상의 개인정보 보호규정을 준수하며, 정보주체의 개인정보 보호에 최선을 다하고 있습니다. 한국보건의료연구원은 「개인정보 보호법」 제15조 및 같은 법 제22조에 근거하여, 다음과 같이 혁신의료기술 사용 신고 및 실시를 위한 개인정보의 수집·이용에 대하여 동의를 받고자 합니다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적

- 혁신의료기술 관련 연구참여자 및 의료진 현황 관리

2. 수집하는 개인정보의 항목

- 필수정보: 성명, 소속기관, 소속임상과, 세부전공, 면허번호(취득년도), 휴대폰번호
- 선택(부수)정보: 직책, 전자우편 주소(e-mail), 학력, 경력 정보

3. 개인정보의 보유 및 이용 기간

- 수집일(신고일)로부터 5년

※ 신고인은 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는 데 대한 동의를 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 한국보건의료연구원에서 제공하는 혁신의료기술 사용 신고 및 관련 서비스를 제공받을 수 없음을 참고하시기 바랍니다.

상기 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

년 월 일

작성자(성 명):

(서명 또는 인)

한국보건의료연구원장 귀하

※ 모든 실시기관의 연구참여자 및 의료진별로 작성 및 날인하여 제출해 주시기 바랍니다.

[붙임 2]

혁신의료기술 성실 이행 서약서 [필수]

○ 혁신의료기술명:

본인은 혁신의료기술로 선정된 동 기술을 실시하는 데 있어 다음과 같이 제반사항들을 성실히 이행할 것을 서약합니다.

「혁신의료기술」 제도에 따라, 혁신의료기술 사용 시작시점부터 수행종료에 이르기까지 정해진 제반 규정 및 지침을 성실히 이행할 것이며, 수행현황 보고, 중대한 이상반응·이상신체반응 보고, 결과(최종)보고서 등의 제출서류를 성실하게 작성하여 제출하겠습니다.

본 제도와 관련하여 제출하는 각종 서류와 내용들은 규정된 위원회의 보고 또는 심의 절차에 활용되며, 해당 내용이 관련 직원과 위원에게 공유되는 것에 동의합니다.

본 제도와 관련하여 의료기술을 제공받을 환자의 생명, 존엄성, 권리, 안전 및 안녕을 최대한 존중하고 발생하는 모든 이상반응(부작용)에 책임을 가지고 적극적으로 대처하고 적시에 보고하겠습니다.

본 제도와 관련하여 보건복지부, 한국보건 의료연구원이 필요한 사항들을 요청할 경우, 정당한 이유 없이 보고에 응하지 않거나 지연보고, 허위보고 등의 부적절한 대응을 하지 않겠습니다.

위의 서약은 반드시 준수할 것이며, 만약 서약에서 정한 내용을 위반하거나 관련 규정 및 운영지침이 정한 조건을 충족하지 못하는 경우, 위원회의 심의절차를 밟게 되고 심의결과에 따른 조치사항에 대하여 이의를 제기하지 않을 것입니다.

년 월 일

성 명:

(서명 또는 인)

한국보건 의료연구원장 귀하