

중구 치매안심약국 모집 안내

○ 치매안심약국이란?

: 보건의료인을 통해 치매에 대한 정확한 정보를 제공하고, 치매에 대한 부정적 인식을 개선하여 지역사회에 촘촘한 치매안전망 체계 구축에 앞장서는 약국

○ 사업 개요

- 모집 기간: 연 중
- 모집 대상: 중구 내 약국
- 신청 방법: 팩스 또는 전자메일 ※ 직접방문 및 등기우편 가능
- 구비 서류: 신청서 1부, 약국 종사자 명부 1부, 사업자등록증 1부
- 문의 전화: · 치매안심팀(원도심)

【☎ 032-760-6063, FAX 032-760-6019, 전자메일: cherish5057@korea.kr】

· 치매지원팀(영종국제도시)

【☎ 032-760-6823, FAX 032-760-6995, 전자메일: thecla@korea.kr】

- 지정절차



* 교육: 대면 또는 온라인(치매파트너 홈페이지<<<https://partner.nid.or.kr/main/main.aspx>>> 교육영상 이수

○ 치매안심약국 역할

- 올바른 치매관련 정보제공 및 복약지도
- 배회 및 실종 어르신 발견 시 신고 및 배려
- 치매조기검진, 치매환자 등록 등 치매안심센터 홍보 및 연계
- 치매관련 정보지(리플렛, 포스터 등) 비치 등

치매안심 가맹점 신청서

가맹점명			사업자등록번호 (고유번호)	
대표자			설립연도	
주소				
담당자	성명		직위	
	전화		FAX	
	E-mail			
치매극복 활동내용	※활동내용 기재(홈페이지 반영)			

〈치매안심가맹점 신청 시 구비서류〉

1. 신청서 1부
2. 사업자등록증(고유번호증) 1부

대한민국 치매극복을 위한 노력에 적극 동참하기 위해 「치매안심가맹점」 지정을 신청합니다.

※ 치매안심가맹점 지정사실을 영리목적으로 이용할 시에 지정이 박탈될 수 있음을 확인하였습니다.

20 년 월 일

신청자(대표자)

직인
(인)

중구(영종) 치매안심센터장 귀하

2023년 치매안심약국 종사자 명단

약국명	
주 소	
대표자	
전화번호	

구분	성명	생년월일	연락처	비고
예시	홍길동	810101	010-1111-2222	약사/직원
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

개인정보 수집 및 이용 · 제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

치매안심센터는 '치매안심가맹점' 사업의 운영을 위해 아래와 같은 개인정보를 수집하고 있습니다.

1. 개인정보 수집·이용 목적: 치매안심가맹점 등록·관리 운영
2. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
3. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매안심가맹점 사업 종료 시 까지

■ 제 3자 정보 제공 동의

중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터는 보건복지부 치매 관련 사업을 위해 관련 정보를 제공하고 있습니다. 이에 따라 치매안심센터가 수집한 개인정보는 사업운영, 사후관리 등을 위해 아래의 내용에 따라 제 3자에게 제공됩니다.

1. 제공받는 기관: 보건복지부, 중앙치매센터, 관할 광역치매센터
 2. 개인정보 수집·이용 목적: 치매안심가맹점 등록·관리 운영
 3. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
 4. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매극복선도단체 사업 종료 시 까지
- ※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매안심가맹점 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용 · 제공에 동의함 예 / 아니오

신청인: _____ (인)