

**한-투르크메니스탄 보건의료사절단 모집 안내**  
**[7.20~7.22, 투르크메니스탄 아시가바트]**



2019. 6.

## 2019 한-투르크메니스탄 보건의료사절단 참여 기관 모집 안내

### ① 모집 개요

- 사 업 명 : 2019 투르크메니스탄 한국의료 보건의료사절단
  - \* 2019 투르크메니스탄 보건의료박람회 샤글릭(Saglyk) 연계 (2019.7.20~22)
- 기 간 : 2019.7.18.(목) ~ 7.24.(수) / 3박 7일
- 행사장소 : 투르크메니스탄 아시가바트
- 주 최 : 투르크메니스탄 보건의료산업부
- 주 관 : 보건복지부, 한국보건산업진흥원, 주투르크메니스탄 한국대사관

모집분야	행사 내용	행사 기간	행사 장소
의료기관(미용·성형) 화장품 제약 기업 의료기기	▲ 2019 투르크메니스탄 보건의료박람회 샤글릭(Saglyk) 한국의료 홍보부스 운영	7.20-22, 3일간	CCI Turkmenist an Bldg

\* 각 분야별 선착순 기준, 시장성 평가를 통해 최종 선정(분야별 1곳) 예정

### ② 전체 일정(가안)

일자	주요 일정	내 용	비 고
7.18(목)	출국	인천(10:40)→이스탄불(16:10) / 이스탄불(20:20)→아시가바트(02:00, +1day)	
7.19(금)	입국 및 사전점검, 간담회	박람회장 점검 및 사전 미팅(14:00→17:00) / 사절단 간담회 (18:00)	
7.20~22 (토~월)	홍보부스 운영	박람회장 내 홍보부스 운영 (10:00~18:00)	20일 개막식 행사 (10:00) 22일 폐막식 행사 (18:00)
7.23(화)	귀국	아시가바트(02:55)→이스탄불(05:10) / 이스탄불(17:40)→인천(09:20, +1day)	
7.24(수)	한국 도착	인천(09:20)	

\* 전체 일정은 현지 여건에 따라 변동될 수 있음

### ③ 모집 대상

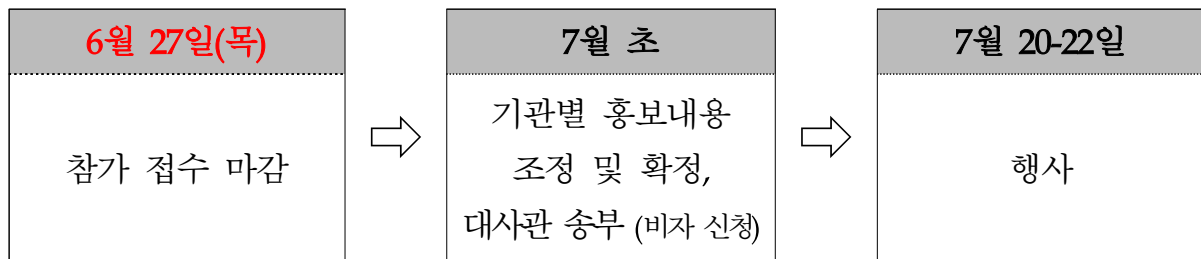
- 투르크메니스탄에 진출 또는 보건의료분야 협력 사업에 관심이 있는 의료기관 및 관련기업체

### ④ 참가 안내

- 제출서류 : 참가신청서, 개인정보제공동의서
- 필수사항 : **러시아어 통역 가능 직원 참가 필수**  
※ 기관별 홍보물 제공 시, 러시아어 홍보물 제공 要
- 제출방법 : 참가 신청서 작성 후, 이메일 발송  
- 진출사업팀 이정우 연구원 ☎ 043-713-8207, ✉ [machismo010@khidi.or.kr](mailto:machismo010@khidi.or.kr)
- 신청기한 : **2019년 6월 27일(목) 17:00까지**
- 문 의 처 : 진출사업팀 이정우 연구원 ☎ 043-713-8207, ✉ [machismo010@khidi.or.kr](mailto:machismo010@khidi.or.kr)

### ⑤ 선정 방법

- 선정 일정



※ 단, 마감시간 이후 지원 불가

### ⑥ 지원 사항

- △ 참가비는 무료 (단, 항공료·숙박비·비자신청비 등 개별 경비는 자체 부담)

#### 1

#### 공통지원

- 사절단 현지 이동차량 제공 (공식 일정에 한함)
- 현지 호텔 숙박 예약 (비용은 참가자 부담)

- 공식일정 내 오·만찬 제공
- 기관 당 Usim chip 1개 제공
- 참가비, 박람회장 홍보 부스 지원 (박람회장 內 진흥원 부스 공동운영)

## 2

## 개별부담

- 항공료·숙박비·비자신청비 등 여비 일절은 참가자 부담

## 7 기타사항

- 홍보디자인 등은 참여기관 선정 후 취합 예정
- 선정 및 결과통보
  - 선정방법 : 각 분야별 선착순 기준, 시장성 평가를 통해 최종 선정 (분야별 1곳) 예정
  - 선정결과 : 개별 통보
- 유의사항
  - 부스운영 시 바이어 미팅 등 후속 조치사항은 한국보건산업진흥원과 공유
  - 참여기관 통보 후 불참 시, 향후 관련행사 참여제한 등의 불이익이 있을 수 있음

## 참가신청서

## □ 참가기관 정보

기관명	국문	의료기관개설 신고증 또는 사업자등록증 상 명시된 기관명 기입			
	영문				
품목설명서	국문	이메일 송부 ☒ <a href="mailto:machismo010@khidi.or.kr">machismo010@khidi.or.kr</a> (영문 또는 노어가 있을 경우, 제출 要)			
카달로그	국문	이메일 송부 ☒ <a href="mailto:machismo010@khidi.or.kr">machismo010@khidi.or.kr</a> (영문 또는 노어가 있을 경우, 제출 要)			
참가자 정보	참가자 정보				
	연락 실무 참가자 정보	직위	예) 국제진료팀 팀원	성명	한글 영문
		연락처	mobile: 공지사항 연락 실무 참가자로 기입 요망 e-mail :		
	참가자 정보 ①	직위	예) 국제진료센터 센터장	성명	한글 영문
		연락처	mobile: e-mail :		
	참가자 정보 ②	직위	예) 러시아어 코디네이터 * 러시아어 통역 가능 인력 참가 필수	성명	한글 영문
		연락처	mobile: e-mail :		
	러시아어권 환자 수용태세 정보	홈페이지(러시아어)		URL 주소 기입	
러시아어 홍보물		O, X	러시아어 가능 인력 상근 여부	O, X	
러시아어 진료안내 * 예 : 문진표 등		O, X	러시아어권 홍보회 참가 경험	___회	
위와 같이 「투르크메니스탄 보건의료사절단」에 참가 신청합니다.					
2019년 6월 일					
신청기관			(인)		
한국보건산업진흥원장 귀하					

## □ 참가기관 소개

기관 소개	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 병상/진료과목</li> <li>- 전문병원 유무/검진센터 보유 유무</li> <li>- 러시아어권 환자 수용태세 현황 등(상근 러시아어 코디네이터, 전담 마케팅인력, 안내판, 진료비청구서, 홍보자료, 홈페이지 등)</li> <li>- 진출 프로젝트 주요 활동(해당하는 경우)</li> </ul>
참석 목적	<ol style="list-style-type: none"> <li>① 현지 환자 송출 채널 확대</li> <li>② 터르크 시장 내 중·장기적 기관 브랜드 구축</li> <li>③ 유치·진출 비즈니스 환경 조사</li> </ol> <p>※ 우선순위별로 기재</p>
마케팅 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 러시아어권 시장 타깃, 마케팅 현황 소개</li> <li>* 현지 의료관광 송출업체 000사 제휴</li> <li>* 러시아어권 방송사 A, 다큐멘터리 제작·송출</li> <li>* 러시아어 의료관광 온라인 플랫폼 000사 제휴 (러시아, CIS 등 러시아어권 국가 현황 기재)</li> </ul>
의료해외진출 사업경험	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 러시아어권 및 기타 지역 진출 사업 경험 소개</li> </ul>
홍보 희망 물품 또는 제품 소개	<p>홍보회 시 홍보하고자 하는 기관의 <b>물품 및 제품</b> 소개</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 물품(제품) 소개(2줄 내외)</li> <li>- 그 외로 홍보회 시, 제공할 기념품·홍보책자 등 소개</li> </ul>

\* 총 1페이지가 넘지 않도록 간략히 주요 내용만 작성

## 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서

한국보건산업진흥원은 「개인정보보호법」 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제24조제1항제1호에 따라 아래와 같이 개인정보의 수집·이용에 관하여 귀하의 동의를 얻고자 합니다.

☐ 개인정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유기간
소속 및 직위, 성명, 전화번호, 이메일	투르크메니스탄 보건의료박람회 참가 등록을 위한 정보 수집	<b>3개월</b>

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.

그러나 동의를 거부할 경우 본 행사 참석에 일부 제한을 받을 수 있습니다.

☐ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

☐ 동의

☐ 미동의

☐ 개인정보 3자 제공 내역 ※ 제3자 제공을 하지 않을 경우 아래항목은 삭제해주세요.

제공받는 자	제공목적	제공 항목	보유기간
		소속 및 직위, 성명, 전화번호, 이메일	<b>5개월</b>

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.

그러나 동의를 거부할 경우 본 행사 참석에 일부 제한을 받을 수 있습니다.

☐ 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까?

☐ 동의

☐ 미동의

년 월 일

본인 성명

(서명 또는 인)