"2010년 서해안 지역 최고 의료기관"

전 북 대 학 교 병 원

우 561-712 전주시 덕진구 금암동 634-18 / 전화 (063) 250-1688 / 전송 274-5546
임상연구소장 박성광　　연구지원실장 김정현　　담당자 김경숙

문서번호 연지 900 - 903
시행일자 2010. 12. 21.( )
(경유)
수신 내부결재
참조

취 급		원 장
보 존		
소 장		/
실 장		
기 안	김 경 숙	협조

제목 'MD:PhD 맞춤형 의료기기 개발지원 멘토링 프로그램" 계획 추진

1. 우리병원 의료기기임상시험센터에서는 의공학 융합기술전문인력으로서 활동할 수 있는 기반을 마련하고자 아래와 같이 의학자(임상의)와 공학자간의 학제간의 실질적인 연계 교육 프로그램을 개설하고자 합니다.

2. 의공학 융합기술전문인력양성 프로그램은 의료현장의 수요가 개발로 이어지지 못하고 있는 단절을 극복하고 의학과 공학간의 실질적 연계 시스템을 제공하여 맞춤 의료 등 의료환경의 새로운 퍼러다임에 적극 대응하여 국민보건의 질적 수준을 높이고자 함이오니 처리하여 주시기 바랍니다.

붙임 : 1. "MD:PhD 맞춤형 의료기기 개발지원 멘토링 프로그램" 기획, 의도 1부
2. 개설 운영 안 부
3. 신청서 1부
4. 동의서 및 설명문 1부
5. 법률의견서 1부. 끝.

붙임 2. 개설 운영 안

■ 대 상 : 의학, 치의학 및 의료관련 공학 전공 교수 및 학사이상 연구원

■ 인 원 : 00명

■ 일 시(기간) : 분야별 공학자와 의료인간의 협의를 통하여 기간 및 시기 결정함.

■ 장 소 : 전북대학교병원 내 의료 현장

■ 진행 사항

○ 멘토링 프로그램 신청,접수 기간 동안 희망자 및 프로그램 참여자 및 가능자 신청서 제출

- 의료기기임상시험센터는 공학자와 의료인간의 중간 연계 지원을 통하여 참여 방법 및 참여기간 등에 대한 협의 진행 함.

○ 신청서 대상 : 의공학자 및 의료인

○ 신청서 제출방법

- 아래 신청 서식에 의거 의공학과의 책임교수가 일괄 공문으로 명단 작성하여,
- 이메일로 제출하거나, 우편 및 직접 전북대학교병원 의료기기임상시험센터 제출, 또는 개인이 직접 이메일 등으로 신청도 가능함.
- 이메일 : ealee@mdctc.or.kr, 팩스번호 : 063)250-2311

○ 신청서 제출기한 : 연중

○ 멘토링 프로그램 세부일정 및 사항은 별도 개별 통보 및 의료기기임상시험센터 홈페이지에 수시로 게시예정으로 홈페이지 참조바람.

■ 기 타

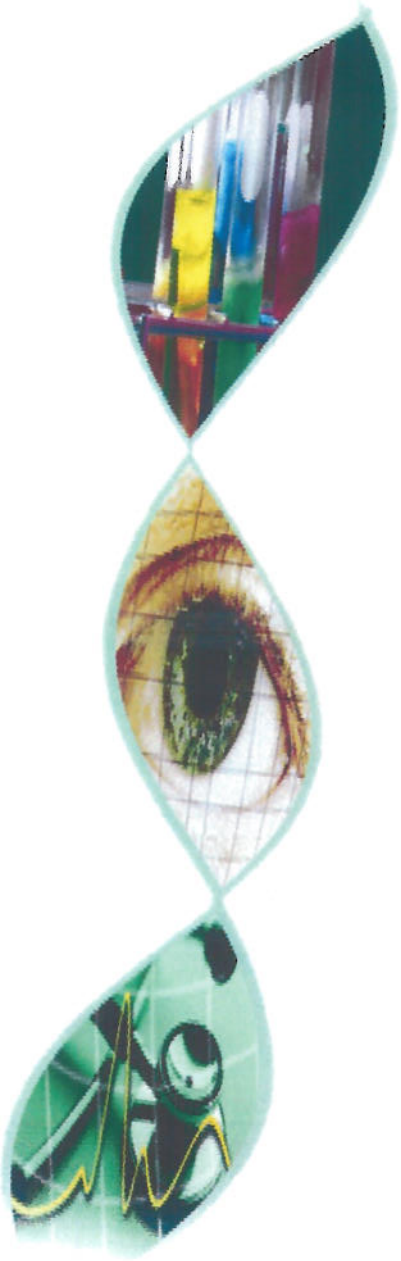
○ 궁금사항 의료기기임상시험센터 홈페이지 참조 http://www.mdctc.kr

○ 전화 문의번호 063)250-2585

■ 신청서식 : 붙임의 신청서에 작성하여 제출

"MD(1인):PhD(1인) 맞춤형 의료기기 개발지원"

멘토링 프로그램



배경

•의료현장의 수요가 개발로 이어지지 못하고 단절됨.
•의학과 공학간의 실질적인 연계 시스템 부족
•예방, 예측 및 맞춤의료 등 의료환경 패러다임의 변화
•의료기기 산업 발전을 위한 새로운 접근 방식의 필요성 대두

목적

다양한 수준, 분야의 아이디어 수용 및 지원 시스템 구축
임상의사와 공학자의 공동연구 및 멘토링을 통해 산재된 기술/인력의 집중 Networking을 추진하여 맞춤형 스타의료기기개발 및 국민 보건의 질을 향상 시키고자 함.

참여대상

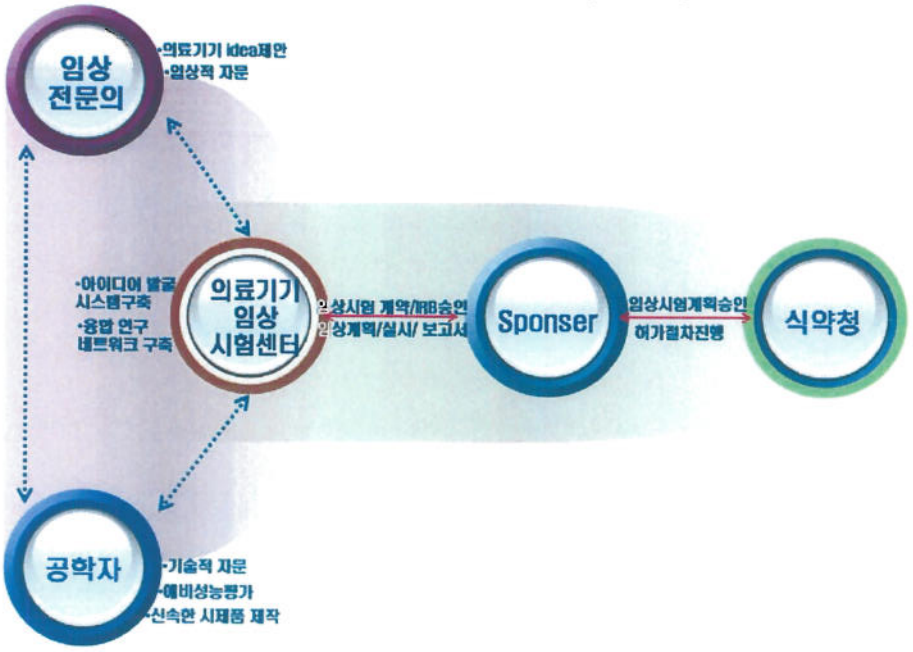
의학,치의학 및 의료관련 공학 전공 교수 및 학사이상 연구원

운영방법

•의료현장에 의공학자의 연계 교육 커리큘럼 개설
•임상의사와 공학자의 1:1공동연구 및 멘토링

기대효과

•전문 의료인력을 통한 의료기기 개발 역량 강화
•신속한 개발 단계 진입 및 제품화 성공률 제고
•의료기기의 유효성, 사업성 사전 검증 및 평가 가능



[참여방법]
의료기기임상시험센터
홈페이지(www.mdctc.kr)에서
참여신청서 다운로드 후,
이메일 접수 부탁 드립니다.

[문의]
Tel : 250-2585
E-mail :
ealee@mdctc.or.kr
위치 : 본관, 암센터5층

전 북 대 학 교 병 원 의 료 기 기 임 상 시 험 센 터

붙임 3. 신청서

<table>
<tr><td>접수 No.</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>멘토링
과제명</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>참여 분야</td><td colspan="5">☐ 내과 ☐ 외과 ☐ 산부인과 ☐ 비뇨기과 ☐ 병리과
☐ 성형외과 ☐ 소아청소년과 ☐ 신경과 ☐ 신경외과 ☐ 응급의학과
☐ 정형외과 ☐ 이비인후과 ☐ 재활의학과 ☐ 정형외과 ☐ 정신과
☐ 진검과 ☐ 영상의학과 ☐ 피부과 ☐ 핵의학과 ☐ 흉부외과
☐ 안과 ☐ 치과 ☐ 방사선과 ☐ 기타( )</td></tr>
<tr><td rowspan="2">멘토
인적사항</td><td rowspan="2">분야
☐ 의공학
☐ 의학</td><td>성명 :</td><td>소속:</td><td>직위:</td><td>전공:
분야</td></tr>
<tr><td colspan="2">이메일:</td><td colspan="2">연락처:</td></tr>
<tr><td colspan="6">업무 대응을 위한 멘티가 있으시다면, 아래 멘티 인적사항을 작성 부탁드립니다.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">멘티
인적사항</td><td rowspan="2">분야
☐ 의공학
☐ 의학</td><td>성명 :</td><td>소속:</td><td>직위:</td><td>전공:
분야</td></tr>
<tr><td colspan="2">이메일:</td><td colspan="2">연락처:</td></tr>
<tr><td>참여 대상수</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>참여자 명단</td><td colspan="5">별도 제출 요망</td></tr>
<tr><td>참여예정
기간</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">본인은 MD:PhD 맞춤형 의료기기 개발지원 멘토링 프로그램을 신청합니다.

년 월 일 신청자 _____(인)

전북대학교병원 의료기기임상시험센터장</td></tr>
</table>

붙임 4. 동의서 및 설명문

[동의서 및 설명문]

_____[환자]의 수술 및 의료행위 시 사용되는 의료용 장비, 의료기기의 안전성과 성능점검을 위하여 의료공학분야의 전문위원이 수술실에 참관하는 것에 대해 동의합니다.

ㅇ 배경

1) 환자에게 사용되는 의료용 장비 및 의료기기의 허가 후, 안전성 및 성능에 대한 점검의 필요성이 높아짐
2) 의료환경의 패러다임의 변화에 따른, 신기술이 접목된 의료기기의 필요성 대두
3) 의료기기의 성능과 안전성을 높일 수 있는, 의료현장의 아이디어 풍부
4) 의료기기 산업 발전을 위한 새로운 접근 방식의 필요성 대두

ㅇ 목적

1) 임상의사 및 간호사등 의료현장의 전문가와 의공학전문위원의 실질적인 연계를 통한 안전하고 성능이 좋은 의료기기의 개발을 통해, 국민의 보건의 질적 개선
2) 다양한 수준, 분야의 아이디어 수용 및 지원 시스템 구축을 통한 의료현장의 질적 성장 꾀함

ㅇ 환자에게 예측되는 위험성

1) 환자의 진료 내용 및 수술 부위의 노출 등이 우려되나, 의료현장에 참관하는 자는 전문위원에 국한된 참관이므로, 그 위험수준은 극히 적다고 볼 수 있습니다.

ㅇ 의료공학전문분야 전문 위원 자격

1) 의료공학분야의 박사학위이상(그와 동등한 자격)을 소유한 교수, 연구자
2) 환자의 안전과 보호에 대해, 윤리적, 도덕적인 견해를 소유한 자

ㅇ 문의

전북대학교병원 의료기기임상시험센터, fax :063-250-2311, ☎ 063-250-2585

년 월 일 환 자 보 호 자 _____ (서명)
년 월 일 담 당 의 사 _____ (서명)
년 월 일 수 술 실 책 임 자 _____ (서명)
년 월 일 의료공학전문위원 _____ (서명)

전 북 대 학 교 병 원 의 료 기 기 임 상 시 험 센 터