■ 공공보건의료에 관한 법률 시행규칙 [별지 제1호서식]

의료취약지 거점의료기관 지정신청서

접수번호	접수일	처리기간: 2개월

의료기관	명 칭	의료기관 종류	요양기관 번호
	주 소		전화번호
	대표자 성명		면허번호
	개설 전문과목		허가 병상 수

신청인	신청인(개설자) 성명	면허번호
	전문과목	전자우편 주소
	실무자 성명	전화번호

「공공보건의료에 관한 법률」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제9조제1항에 따라 위와 같이 의료취약지 거점의료기관의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

시・도지사 귀하

첨부서류	사업계획서	수수료 없 음

처 리 절 차					
신청서 작성	➔ 접 수	➔ 검 토	➔ 결 재	➔ 지정서 작성	➔ 지정서 발급
신청인	처 리 기 관 (시・도)	처 리 기 관 (시・도)	처 리 기 관 (시・도)	처 리 기 관 (시・도)	

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]