

제 호

의료취약지 거점의료기관 지정서

1. 기 관 명:

2. 대 표 자:

3. 소 재 지:

4. 명 칭: ○ ○ 의료취약지 거점의료기관

5. 소 장:

위 기관을 「공공보건의료에 관한 법률」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제9조제4항에 따라 ○○ 의료취약지 거점의료기관으로 지정합니다.

년 월 일

시 · 도지사

직인