

공공전문진료센터 지정신청서

( 앞 쪽 )

|              |              |         |         |
|--------------|--------------|---------|---------|
| 접수번호         | 접수일          | 처리기간:   | 2개월     |
| 의료기관         | 명 칭          | 의료기관 종류 | 요양기관 번호 |
|              | 주 소          | 전화번호    |         |
|              | 대표자 성명       | 면허번호    |         |
|              | 개설 전문과목      | 허가 병상 수 |         |
| 공공전문<br>진료센터 | 공공전문진료센터장 성명 | 면허번호    |         |
|              | 전문과목         | 전자우편 주소 |         |
|              | 실무자 성명       | 전화번호    |         |

「공공보건의료에 관한 법률」 제14조 및 같은 법 시행규칙 제12조제2항에 따라 위와 같이 공공전문진료센터의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

|               |       |                           |   |                           |   |                           |   |                              |   |           |
|---------------|-------|---------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|------------------------------|---|-----------|
| 첨부서류          | 사업계획서 | 수수료<br>없 음                |   |                           |   |                           |   |                              |   |           |
| 처 리 절 차       |       |                           |   |                           |   |                           |   |                              |   |           |
| 신청서 작성<br>신청인 | →     | 접 수<br>처 리 기 관<br>(보건복지부) | → | 검 토<br>처 리 기 관<br>(보건복지부) | → | 결 재<br>처 리 기 관<br>(보건복지부) | → | 지정서 작성<br>처 리 기 관<br>(보건복지부) | → | 지정서<br>발급 |