

제 호

책임의료기관 지정서

- 기관명:
- 대표자:
- 소재지:
- 명 칭: ○○ 책임의료기관

위 기관을 「공공보건의료에 관한 법률」 제14조의2 및 같은 법 시행
규칙 제13조의2제5항에 따라 책임의료기관으로 지정합니다.

년 월 일

보건복지부장관 직인