

권역심뇌혈관질환센터 지정신청서

• 색상이 어두운 난은 신청기관이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일		처리기간	2개월
의료기관	명 칭		의료기관 종류	요양기관 번호	
	주 소			전화번호	
	대표자 성명			면허번호	
	개설 전문과목			허가 병상 수	
권역 심뇌혈관 질환센터	대 표자 성명			면허번호	
	실무자 성명			전화번호	

「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제7조에 따라 위와 같이 권역심뇌혈관질환센터의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」 별표 2의 지정기준에 적합함을 증명하는 서류 2. 인력 운용 현황 3. 사업운영계획서	수수료 없 음
------	--	------------

처리 절차

