

지역

[]심뇌혈관질환센터

[]심혈관질환센터

[]뇌혈관질환센터

지정신청서

• 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 아니하며, []에는 해당하는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일		처리기간	2개월
의료기관	명 칭	의료기관 종류	요양기관 번호	
	주 소		전화번호	
	대표자 성명		면허번호	
	개설 전문과목		허가 병상 수	
지역심뇌혈관 질환센터[]	지정 유형 통합형[] 수술형[] 시술형[]		면허번호	
지역심혈관 질환센터[]	대표자 성명		전화번호	
지역뇌혈관 질환센터[]	실무자 성명			

「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제8조에 따라 위와 같이 지역 심뇌혈관질환센터[], 심혈관질환센터[], 뇌혈관질환센터[] 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」 제8조제1항 각 호에 따른 지정 기준에 적합함을 증명하는 서류	수수료 없 음
------	---	------------

처리 절차

