

치매안심병원 지정신청서

접수번호	접수일			처리기간:	2개월
신청 의료기관	의료기관명		설립구분	설립일자	요양기관 번호
	주소				
	대표자 성명				주요 진료과목(2개 이내)
	담당자	성명	부서명		직책
		전화번호			팩스번호

「치매관리법」 제16조의4 및 같은 법 시행규칙 제7조의6제2항에 따라 위와 같이 치매안심병원의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청자

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 치매안심병원 운영계획서 2. 별표 2의2에 따른 치매안심병원 지정기준을 갖추었음을 확인할 수 있는 서류	수수료 없 음
------	---	------------

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 의료기관 개설허가증을 확인하는 것에 동의합니다.

*동의하지 않는 경우에는 신청자 본인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청자

(서명 또는 인)

처리절차

