

치매상담전화센터 위탁 신청서

접수번호		접수일	처리기간	30일
기관	명 칭		개설허가일	
	주 소		전화번호	
대표자	성명		생년월일	
담당자	성명		직위	
	전화번호		전자우편 주소	

「치매관리법」 제17조의2 및 같은 법 시행규칙 제9조제2항에 따라 치매상담전화센터의 설치·운영을 위탁받기 위하여 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 별표 3에 따른 시설 및 인력 등의 현황 1부 2. 운영계획서 1부	수수료 없 음
------	---	------------