

지역환자안전센터 지정 신청서

※ 색상이 어두운 부분은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시	처리일시	처리기간	30일
신청인	기관명		사업자등록번호		
	대표자 성명		법인명(법인인 경우에만 적습니다)		
	주소		(전화번호:)		
	담당자	성명			
		전화번호	팩스번호		
전자우편주소					

「환자안전법」 제8조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제3조의3제3항에 따라 위와 같이 지역환자안전센터의 지정을 신청합니다.

의
에
의

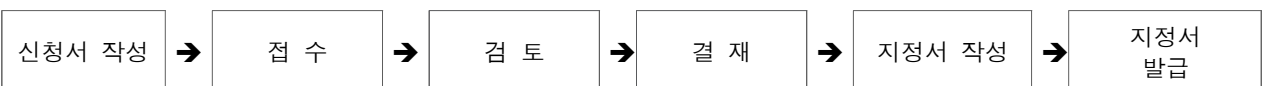
신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 「환자안전법 시행규칙」 제3조의3제1항 각 호의 어느 하나에 해당함을 증명하는 서류	수수료 없음
	2. 「환자안전법 시행규칙」 제3조의3제2항 각 호의 지정기준을 갖추었음을 증명하는 서류	
	3. 사업운영계획서 1부	
	4. 재정운용계획서 1부	

처리절차



신청인

처리기관: 보건복지부