[별지 제8호 서식]

방사선비상진료기관 지원사업 평가용 최종보고서

○ 사업비 :

○ 사업기간 : 년 월 일 ~ 년 월 일

방사선비상진료기관 지원사업의 평가용 최종보고서 입니다.

년 월 일

사업책임자 _____ (인)

사업기관장 _____ (인)

원자력안전위원회 귀중