

장기이식등록기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간 20일		
신청인 (대표자)	기관 명칭					
	소재지					
	대표자 성명		전화번호			
등록받을 장기등	[]신장	[]간장	[]췌장	[]췌도	[]심장	[]폐
	[]소장	[]손·팔	[]발·다리	[]안구	[]골수	[]말초혈

「장기등 이식에 관한 법률」 제13조제1항 및 같은 법 시행규칙 제3조제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 법인설립허가증 사본 및 정관(지정받으려는 자가 비영리법인인 경우만 해당합니다) 각 1부 2. 「장기등 이식에 관한 법률 시행령」 제16조제1항에 따른 시설·인력 등을 갖추었음을 확인할 수 있는 서류	수수료 없음
담당공무원 확인사항	1. 지정받으려는 자가 의료기관인 경우: 의료기관 개설허가증 또는 의료기관 개설신고증명서 2. 지정받으려는 자가 비영리법인인 경우: 법인 등기사항증명서	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

신청인 (서명 또는 인)

처리절차

