

장기이식등록기관 지정사항 변경신청서

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

|              |             |                                                                                                   |  |                                                                                                   |  |
|--------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 접수번호         |             | 접수일                                                                                               |  | 처리기간 15일                                                                                          |  |
| 신청인<br>(대표자) | 기관 명칭       |                                                                                                   |  |                                                                                                   |  |
|              | 소재지         |                                                                                                   |  |                                                                                                   |  |
|              | 대표자 성명      |                                                                                                   |  | 전화번호                                                                                              |  |
| 변경신청<br>내 용  | 변경사항        | 변 경 전                                                                                             |  | 변 경 후                                                                                             |  |
|              | 기관 명칭       |                                                                                                   |  |                                                                                                   |  |
|              | 소재지         |                                                                                                   |  |                                                                                                   |  |
|              | 대표자 성명      |                                                                                                   |  |                                                                                                   |  |
|              | 등록받을<br>장기등 | <div>[ ]신장 [ ]간장 [ ]췌장<br/>[ ]췌도 [ ]심장 [ ]폐<br/>[ ]소장 [ ]손·팔 [ ]발·다리<br/>[ ]안구 [ ]골수 [ ]말초혈</div> |  | <div>[ ]신장 [ ]간장 [ ]췌장<br/>[ ]췌도 [ ]심장 [ ]폐<br/>[ ]소장 [ ]손·팔 [ ]발·다리<br/>[ ]안구 [ ]골수 [ ]말초혈</div> |  |

「장기등 이식에 관한 법률」 제13조제1항 및 같은 법 시행규칙 제3조제4항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

|               |                                            |                        |           |                        |   |                        |   |                           |
|---------------|--------------------------------------------|------------------------|-----------|------------------------|---|------------------------|---|---------------------------|
| 첨부서류          | 1. 장기이식등록기관 지정서<br>2. 변경사항을 확인할 수 있는 서류 1부 |                        | 수수료<br>없음 |                        |   |                        |   |                           |
| 처리절차          |                                            |                        |           |                        |   |                        |   |                           |
| 신청서 작성<br>신청인 | →                                          | 접 수<br>처리기관<br>(보건복지부) | →         | 검 토<br>처리기관<br>(보건복지부) | → | 결 재<br>처리기관<br>(보건복지부) | → | 지정서 발급<br>처리기관<br>(보건복지부) |