

뇌사판정대상자관리전문기관 지정신청서

※ 바탕색이 어두운 란은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일		처리기간	25일
기관 명칭		전화번호			
		F A X			
소 재 지					
대표자 성명					

「장기등 이식에 관한 법률」 제19조제1항 및 같은 법 시행규칙 제16조제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

국립장기이식관리기관장 귀하

첨부서류	1. 장기이식등록기관 지정서 사본 1부 2. 뇌사판정의료기관 통보서 사본 1부 3. 장기이식의료기관 지정서 사본 1부 4. 「장기등 이식에 관한 법률 시행규칙」 제15조제1항에 따른 시설·장비 및 인력 등을 갖추었음을 확인할 수 있는 서류 각 1부	수수료 없음
------	---	-----------

처 리 절 차

