

장기이식의료기관 지정신청서

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

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

「장기등 이식에 관한 법률」 제25조제1항 및 같은 법 시행규칙 제21조제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	「장기등 이식에 관한 법률 시행령」 제25조에 따른 시설·장비·인력 등을 갖추었음을 확인할 수 있는 서류(전문직의 이력서 및 의사 면허증 사본 등을 말합니다)	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	의료기관 개설허가증 또는 의료기관 개설신고증명서(지정받으려는 자가 의료기관인 경우만 해당합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

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

신청인

(서명 또는 인)

처리절차

