

배아생성의료기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	30일
의료기관	기관명	전화번호	
	소재지		
	종류	[] 의 원 [] 병 원 [] 종 합 병 원	
	신고(허가)번호		
기관장 (대표자)	성명	전화번호	
	면허번호(법인등록번호)	생년월일	

「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제22조제1항 및 같은 법 시행규칙 제17조제2항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

기관장(대표자)

(서명 또는 인)

질병관리청장 귀하

제출서류	1. 시설 및 인력 등의 현황을 적은 서류 2. 기관생명윤리위원회의 구성 및 운영 사항을 적은 서류 또는 기관생명윤리위원회 협약서 3. 해당 기관에서 시술 가능한 체외수정 방법을 적은 서류	수수료
담당 공무원 확인사항	1. 의사면허증 2. 의료기관 개설허가증 또는 의료기관 개설신고증명서	10,000원

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

*동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

주민등록번호 :

신청인(기관장)

(서명 또는 인)

처리 절차

