

전문간호사 교육기관 지정 신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 60일
------	-----	-----	----------

교육기관	기관명
	소재지
	(전화번호 :)
	전자우편

지정요구사항	과목별 교육생 정원 신청 인원	보건	마취
		정신	가정
		감염관리	산업
		응급	노인
		중환자	호스피스
		종양	임상
		아동	
	교육시작 예정일		

「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」 제5조제2항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류

- 교수요원(전공전임교수 및 실습지도 겸직교수)의 성명과 이력이 적혀 있는 서류
- 실습협약기관 현황 및 협약 약정서
- 교육계획서 및 교과과정표
- 해당 전문간호사 교육과정에 사용되는 시설 및 장비 현황

수수료
없음