

간호조무사 교육훈련기관 지정신청서

※ 바탕색이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일	
신청기관	기관명		
	대표자 성명(생년월일)		전화번호
	소재지		
담당자	성명	부서명	직책
	전화번호		팩스번호
	전자우편주소		

「간호법」 제6조제2항 전단 및 같은 법 시행규칙 제3조제2항에 따라 위와 같이 간호조무사 교육훈련기관 지정을 위한 평가 및 간호조무사 교육훈련기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

제출서류

- 신청기관의 설치 또는 설립 등에 관한 증빙서류
- 「간호법 시행규칙」 제3조제1항 각 호의 기준을 갖추었음을 증명할 수 있는 서류

처리절차

