

[] 재발급

의료유사업자자격증

[] 자격증명

[] 자격증 기재사항 정정

신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 5일
신청인	성명	사 진 (3.5cm×4.5cm)	
	생년월일		
	주소		
	전자우편		
자격증	자격증 번호		
	발급일자		
자격증 기재사항 정 정 내용			

「의료유사업자에 관한 규칙」 제11조제1항에 따라 위와 같이 자격증 재발급, 자격증명 또는
자격증 기재사항 정정을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사 또는 특별자치도지사 귀하

첨부서류	1. 헐어 못쓰게 된 경우: 자격증 원본 2. 자격증 기재사항을 정정하려는 경우: 자격증 기재사항을 정정할 필요가 있음을 증명하는 자료 3. 사진(제출일 기준 6개월 이내에 모자를 벗은 상태에서 배경 없이 촬영된 상반신 컬러 사진으로 규격은 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터로 합니다) 2장	수수료 수입인지(수입증지) 원
------	--	-------------------------