

장기이식등록기관 지정사항 변경신청서

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

접수번호		접수일		처리기간 15일	
신청인 (대표자)	기관 명칭				
	소재지				
	대표자 성명			전화번호	
변경신청 내 용	변경사항	변 경 전		변 경 후	
	기관 명칭				
	소재지				
	대표자 성명				
	등록받을 장기등	[]신장 []간장 []췌장 []췌도 []심장 []폐 []소장 []손·팔 []발·다리 []안구 []골수 []말초혈		[]신장 []간장 []췌장 []췌도 []심장 []폐 []소장 []손·팔 []발·다리 []안구 []골수 []말초혈	

「장기등 이식에 관한 법률」 제13조제1항 및 같은 법 시행규칙 제3조제4항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 장기이식등록기관 지정서 2. 변경사항을 확인할 수 있는 서류 1부	수수료 없음		
처리절차				
신청서 작성 신청인	→ 접수 처리기관 (보건복지부)	→ 검토 처리기관 (보건복지부)	→ 결재 처리기관 (보건복지부)	→ 지정서 발급 처리기관 (보건복지부)