

뇌사판정의료기관 통보서

뇌사판정 의료기관	명 칭		전 화 번 호	
	주 소			
	설 립 연 도	년 월 일		
	담당자 성명		전 화 번 호	

※ 바탕색이 어두운 란은 신청인이 작성하지 않습니다.

인력		성 명	주민등록번호	전문과목	면허번호
	신경과 전문의				
	간호사				
	사회 복지 사				
	임상병 리 사				

시설 · 장비	시설 · 장비명		보유 여부	
			있다(○)	없다(×)
	중 환자실	인공 호흡기		
		감시기		
	뇌파측정기(EEG)			
	뇌혈류측정기			
	혈액가스검사기(ABGA)			

「장기등 이식에 관한 법률」 제16조제1항 및 같은 법 시행규칙 제9조에 따라 위와 같이 알립니다.

년 월 일

담당자 (서명 또는 인)

국립장기이식관리기관장 귀하

첨부서류	1. 의료기관 개설허가증 또는 의료기관 개설신고증명서 사본 1부 2. 「장기등 이식에 관한 법률 시행규칙」 제10조에 따른 시설 · 장비 및 인력을 갖추었음을 확인할 수 있는 서류 각 1부 3. 뇌사판정위원회 위원 명단 1부	수수료 없음
------	--	-----------