

장기구득기관 지정사항 변경신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간 15일	
신청인 (대표자)	성명			전화번호	
	기관 명칭				
	소재지				
변경신청 내용	변경사항	변 경 전		변 경 후	
	기관 명칭				
	소재지				
	대표자 성명				

「장기등 이식에 관한 법률」 제20조제1항 및 같은 법 시행규칙 제17조제4항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 장기구득기관 지정서 2. 변경사항을 확인할 수 있는 서류 1부	수수료 없음
------	--	-----------

