

지정번호 제 호

## 장기이식의료기관 지정서

- 기관 명칭: (전화번호: )
- 소재지:
- 대표자 성명:
- 적출 · 이식할 장기등:

「장기등 이식에 관한 법률」 제25조제1항과 같은 법 시행규칙 제21조제2항에 따라 장기이식의료기관으로 지정합니다.

년 월 일

보건복지부장관

직인