

발달장애인 거점병원 지정신청서

접수번호		접수일자		처리기간 30일	
기 관	기관명				
	주소				
	전화번호		팩스번호		전자우편
대표자 (신청인)	성명			생년월일	
	주소			전화번호	
법 인	법인명		법인등록번호		등록일

「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」 제24조제3항 및 같은 법 시행규칙 제20조제2항에 따라 위와 같이 발달장애인 거점병원 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 · 지방자치단체의 장 귀하

신청인 제출서류	1. 정관 1부(법인만 제출) 2. 시설현황, 운영현황, 운영계획서 등 서류 각 1부 3. 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 시행규칙」 제20조에 따른 지정기준을 충족하였음을 확인할 수 있는 서류 1부	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	법인 등기사항증명서(법인인 경우에만 확인합니다)	

