

조직은행 지위승계 신고서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 하며, 뒤쪽의 첨부서류 및 유의사항을 참조하시기 바랍니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	발급일	처리기간 7일
승계를 하는 사람	성명(법인인 경우 법인명과 대표자의 성명)	생년월일(법인인 경우 법인등록번호)	
	주소(법인인 경우 주된 사무지의 소재지)	전화번호	
승계를 받는 사람	성명(법인인 경우 법인명과 대표자의 성명)	생년월일(법인인 경우 법인등록번호)	
	주소(법인인 경우 주된 사무지 소재지)	전화번호	
조직은행	조직은행의 명칭	승계 전	승계 후
	조직은행의 유형	[] 「의료법」 제3조에 따른 의료기관	
		[] 조직에 관련된 사업을 주된 목적으로 하는 비영리법인	
		[] 조직가공처리업자	
		[] 조직수입업자	
	소재지	허가번호	
승계사유	[] 양도·양수 [] 상속 [] 합병		

「인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률」 제13조의3제2항 및 「인체조직안전에 관한 규칙」 제7조의2 제1항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

담당자 성명

담당자 전화번호

지방식품의약품안전청장 귀하

	신고인 제출서류	담당 공무원 확인사항	수수료
첨부서류	1. 조직은행설립허가증 2. 다음 각 목의 구분에 따른 서류(전자문서를 포함합니다) 가. 양도의 경우에는 양도·양수를 증명할 수 있는 서류 사본 나. 상속의 경우에는 가족관계증명서와 상속 사실을 증명하는 서류 다. 합병의 경우에는 합병계약서와 합병 후 존속하는 법인 또는 합병에 따라 설립되는 법인임을 증명하는 서류	1. 의료기관 개설허가증 또는 신고증명서(의료기관인 경우만 해당합니다) 2. 법인 등기사항증명서(법인인 경우만 해당합니다) 3. 사업자등록증명(주민등록번호가 제외된 사업자등록증명을 말하며, 조직가공처리업자 또는 조직수입업자인 경우만 해당합니다)	없음

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당 공무원이 위의 의료 기관 개설허가증, 신고증명서 또는 사업자등록증명(주민등록번호가 제외된 사업자등록증명을 말합니다)을 확인하는 것에 동의합니다.

* 신청인이 확인에 동의하지 않는 경우에는 해당 서류(사업자등록증명의 경우에는 사업자등록증을 말합니다) 사본을 첨부해야 합니다.

신고인(승계를 받는 사람) (서명 또는 인)

유의사항

위 기재사항(성명, 주소, 생년월일, 조직은정보 등)은 틀림이 없도록 정확하게 기재하시기 바랍니다.

행정처분 등의 내용 고지 및 가중처분 대상업소 확인서

1. 승계를 하는 사람은 최근 1년 이내에 다음과 같이 「인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률」 제24조·제24조의2 및 제25조와 「인체조직안전에 관한 규칙」 제20조 및 별표 5에 따라 행정처분을 받았다는 사실, 행정제재처분의 절차가 진행 중인 사실 또는 최근 1년 이내에 행정처분을 받은 사실이 없는 경우에는 없다는 사실을 승계를 받는 사람에게 알려주었습니다.

가. 승계를 하는 사람이 최근 1년 이내에 받은 행정처분

처분받은 날	행정처분 내용	행정처분 사유

나. 행정제재처분 절차 진행사항

적발일	위반내용	진행 중인 내용

- 1) 최근 1년 이내에 행정처분을 받은 사실이 없는 경우에는 위 표의 처분받은 날란에 "없음"이라고 적어 넣어야 합니다.
- 2) 담당 공무원은 위 행정처분의 내용을 행정처분대상과 대조하여 일치 여부를 확인해야 하며, 일치하지 않는 경우에는 승계를 하는 사람 및 승계를 받는 사람에게 그 사실을 알리고 위 란을 보완하도록 해야 합니다.

2. 승계를 받는 사람은 위 행정처분에서 지정된 기간 내에 처분 내용대로 이행하지 않거나 행정처분을 받은 위반사항이 다시 적발되었을 때에는 「인체조직안전에 관한 규칙」 제20조 및 별표 5에 따라 승계를 하는 사람이 받은 행정처분의 효과가 승계되어 가중처분된다는 사실을 알고 있음을 확인합니다.

년 월 일

승계를 하는 사람 성명 (서명 또는 인)
주소

승계를 받는 사람 성명 (서명 또는 인)
주소

처리절차

신고서 작성
신고인



접수



검토



결재



통보

처리기관: 지방식품의약품안전청