

고위험병원체 이동신고 확인서

※ 색상이 어두운 칸은 신고인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시		발급일						
신고자	[] 보내는 기관 [] 받는 기관									
보내는 기관	기관(명칭)			사업자등록번호						
	성명(대표자)			전화번호						
	주소									
	고위험 병원체의 전담관리자	성명			전자우편주소					
		직위			소속					
		팩스번호			전화번호					
받는 기관	기관(명칭)			사업자등록번호						
	성명(대표자)			전화번호						
	주소									
	고위험 병원체의 전담관리자	성명			전자우편주소					
		직위			소속					
		팩스번호			전화번호					
고위험 병원체	일련 번호	관리번호	병원체명	병원체 특성	포장형태 (단위)	수량	비고 (용도 등)	이동 예정일	수송 방법	

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제21조제4항 및 같은 법 시행규칙 제18조제6항에 따라 위와 같이 고위험병원체의 이동계획 신고를 확인합니다.

년 월 일

질병관리청장

직인