산후조리원 평가에 관한 고시[별지 제5호 서식]

이 의 신 청 서

신청자	산후조리원명			
	대표자 성명		전화번호	
	소 재 지	(우)		
이의신청 대상 평가결과				
평가결과 또는 등급을 통보 받은(도달한) 날 년 월 일				
이의신청 취지 및 사유				

「모자보건법」제15조의20, 같은 법 시행령 17조의8, 같은 법 시행규칙 19조의2, 보건복지부장관 고시 제2025-00 에 따라 실시한 산후조리원 평가결과에 대하여 이의를 신청합니다.

년 월 일

신청자 (서명 또는 인)

(담당자 성명 핸드폰 번호)

평가기관의 장 귀하

첨부서류	주장하는 사실을 증명할 수 있는 서류

작성방법

1. 신청자란에는 평가결과에 대해 이의를 제기하는 산후조리원의 명칭, 대표자, 연락처 등 기본정보를 기재합니다.
2. 이의신청 대상 평가결과란에는 통보받은 평가결과 중 이의를 제기하려는 항목 또는 등급을 기재합니다.
3. 평가결과 통보일란에는 평가결과를 처음 통보받은 날짜(도달일 포함)를 기재합니다.
4. 이의신청 취지 및 사유란에는 이의신청을 하는 사유와 그 사유를 증명할 수 있는 근거를 구체적으로 기재합니다.
5. 여백이 부족할 경우, 별지(자유 양식)를 첨부하여 제출할 수 있습니다.