

노숙인진료시설 지정신청서

접수번호	접수일	처리기간: 14일
------	-----	-----------

신청인	성명(법인인 경우 대표자 성명)	법인명(법인인 경우에만 기재)
	주소 (전화번호:)	

시설 개요	명칭	병원급
	소재지 (전화번호:)	
	시설의 장의 성명	생년월일
	설치 연월일	진료 과목

직원	총인원	의사	간호사	행정직	기타
	명	명	명	명	명

「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」 제12조제4항 및 같은 법 시행규칙 제5조제5항에 따라 위와 같이 노숙인진료시설 지정을 신청합니다.

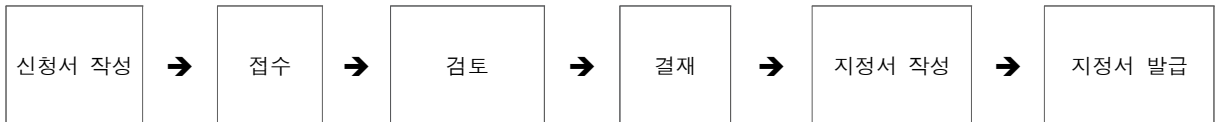
년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	「의료법 시행규칙」 제25조제3항 또는 제27조제3항에 따른 의료기관 개설신고증명서 또는 의료기관 개설허가서 사본 1부	수수료 없음
------	--	--------

처리 절차



신청인

특별자치시·특별자치도·시·군·구(노숙인사업 담당부서)