

중앙모자의료센터 지정 신청서

접수번호		접수일시		처리기간	2개월
의료기관	명칭		의료기관 종류	요양기관 번호	
	주소			전화번호	
	대표자 성명			면허번호	
	개설 전문과목			허가 병상 수	
중앙모자 의료센터	센터장 성명		면허번호		
	전문과목		전자우편 주소		
	실무자 성명		전화번호		

「모자보건법」 제10조의6제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조의3제2항에 따라 위와 같이 중앙모자의료센터의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

붙임 서류	1. 중앙모자의료센터의 운영을 위한 시설·인력 등의 현황 2. 중앙모자의료센터의 운영계획서				수수료 없 음					
처 리 절 차										
신청서 작성	→	접 수	→	검 토	→	결 재	→	지정서 작성	→	지정서 발급
신청인		처 리 기 관 (보건복지부)		처 리 기 관 (보건복지부)		처 리 기 관 (보건복지부)		처 리 기 관 (보건복지부)		처 리 기 관 (보건복지부)