

난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간 30일	
의료기관	명칭		전화번호		
	소재지				
	종류 [] 의원 [] 병원 [] 종합병원				
	신고(허가)번호				
배아생성 의료기관지정	지정번호		지정일자 년 월 일		
기관의 장 (대표자)	성명		전화번호		
	주소				
	면허번호(법인등록번호)		생년월일		

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제5항에 따라 위와 같이 신청합니다.

[] 같은 법 시행규칙 제8조제6항에 따라 자궁내 정자주입 시술 의료기관의 지정을 함께 신청합니다.

년 월 일

기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙」 제17조제4항에 따른 배아생성의료기관 지정서 사본	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	의사 면허증	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. *동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

주민등록번호 : 신청인(기관의장) (서명 또는 인)

