

난임시술 의료기관 변경신고서
[]자궁내 정자주입 시술 의료기관 []체외수정 시술 의료기관

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

접수번호		접수일		처리기간
				7일
신고기관	명칭			지정번호
	기관의 장 성명			전화번호
	소재지			

변경사항	항목	변경 전	변경 후	사유

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제9조제1항에 따라 위와 같이 변경신고합니다.

년 월 일

신고인(기관의 장) (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	1. 난임시술 의료기관 지정서 원본 2. 변경사항을 확인할 수 있는 서류	수수료 없음
-------------	---	-----------

