

급성기 정신질환 집중치료병원 지정신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호		접수일시		처리기간		180일	
신청 요양기관	요양기관명			요양기관기호			
	대표자 성명(법인명)			생년월일(법인등록번호)			
	주소(우편번호:)						
	담당자	성명		부서명		직책	
		전화번호			팩스번호		
		전자우편					

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제19조의2제1항 및 같은 법 시행규칙 제12조의2제2항에 따라 위와 같이 급성기 정신질환 집중치료병원 지정을 신청합니다.

이
이
이

신청기관 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

첨부서류	1. 별지 제4호의3서식의 급성기 정신질환 집중치료병원 운영계획서 1부 2. 의료기관 개설허가증 사본 1부 3. 「의료법 시행규칙」 제64조의5에 따른 의료기관 인증서 사본 1부	수수료 없음
------	---	---------------

처리절차

