

응급진료 연장 신청서

※ 어두운 칸(■)은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간		즉시		
전상 군경등	성명			생년월일				
				보훈번호				
	주소							
		전화 번호	(자택)		(휴대폰)			
입원일				연장기간	년	월	일	부터
진료병원					년	월	일	까지
진료과목								
진단명								
연장 사유		※ 보훈병원 등으로 옮겨 진료를 받게 하는 경우 환자의 상태가 심각하게 악화될 것으로 예측되는 등 응급진료 기간의 연장이 필요하다는 내용이 포함되어야 합니다.						
		담당 의사 성명: (서명 또는 인) 면허번호:						

「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제13조제2항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

지방보훈청장
보훈지청장 귀하
제주특별자치도지사

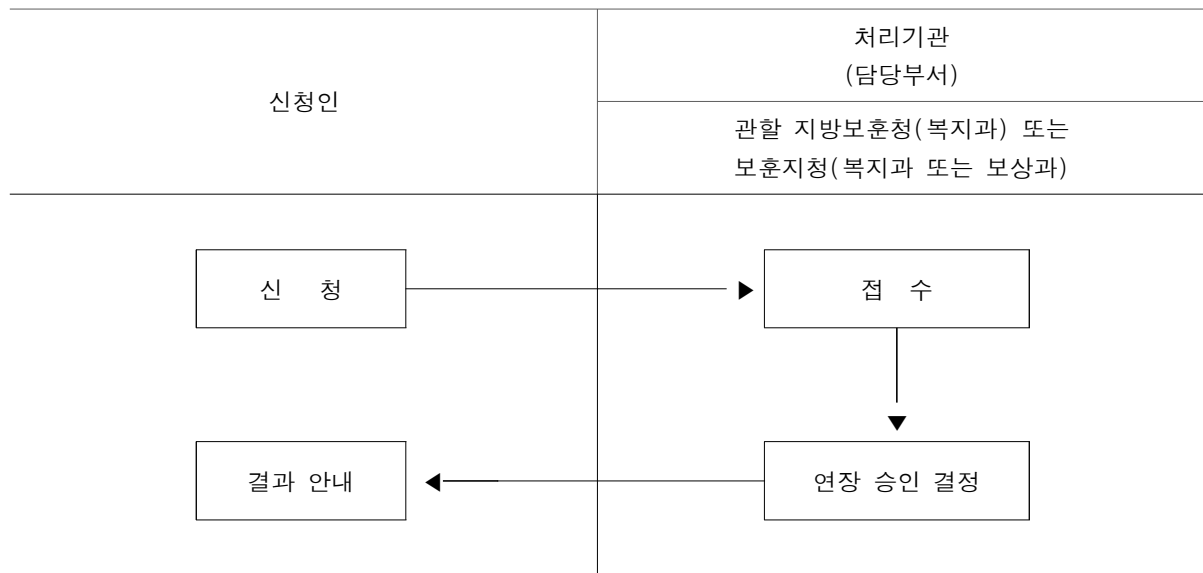
연장 결정사항	[] 예	연장기간: 년 월 일 부터 년 월 일 까지
	[] 아니오	이유:

「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제13조제3항에 따라 위와 같이 결정합니다.

년 월 일

처리절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.



확 인

담당	주무	과장	(지)청장
----	----	----	-------