

제 호

제3차의료급여기관지정서

1. 기관명:
2. 소재지:
3. 대표자 성명:
4. 생년월일:

위 기관을 「의료급여법」 제9조제2항제3호 및 같은 법 시행규칙 제17조제1항에 따라 제3차의료급여기관으로 지정합니다.

년 월 일

보건복지부장관

직인