

진료지원업무 교육과정 운영 승인신청서

※ 바탕색이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일시	처리기간	60일
기관명	(요양기관 기호:)	대표자 성명	
기관 유형	[] 간호사회 [] 지부 [] 분회 [] 의료기관단체 [] 전문간호사 교육기관	[] 의사회 [] 지부 [] 분회 [] 300병상 이상인 종합병원 [] 교육·훈련센터	
소재지			
교육과정 담당자 성명		교육과정 담당자 전화번호	
교육과정 운영내용	교육과정명		교육 시작 예정일

「간호사의 진료지원업무 수행에 관한 규칙」 제8조제3항에 따라 위와 같이 진료지원업무 교육과정 운영을 위한 승인을 신청합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 교수요원의 성명 및 이력에 관한 서류 2. 교육계획서 및 교과 과정표 3. 교육과정의 내용 및 교육 방법에 관한 서류 4. 해당 교육과정에 사용되는 시설·장비 현황
------	---

작성방법

- “기관명”란 중 요양기관 기호는 신청하는 기관이 의료기관인 경우에만 적습니다.
- “교육과정 운영내용”란에는 「간호사의 진료지원업무 수행에 관한 규칙」 제6조 및 제8조에 따라 운영하려는 교육과정의 과정명을 적되, 빠짐 없이 적습니다.
- 신청인은 교육과정 운영기관의 장의 이름을 적습니다.