

[] 권역응급의료센터

[] 전문응급의료센터

[] 지역응급의료센터

[] 정신질환자응급의료센터

[] 지역응급의료기관

(재)지정신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 하며, 색상이 어두운 부분은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일	처리기간	2개월
의료기관	명 칭		개설허가일	
	개설허가번호		허가병상수	
	전문과목			
	소재지		전화번호	
대표자	성명	생년월일	의사면허번호	

「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제13조제3항·제16조제2항·제17조제3항·제17조의3제2항·제18조제2항 또는 제18조의2제4항에 따라 응급의료기관으로 (재)지정을 받기 위하여 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관, 시·도지사, 시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	1. 삭제 <2023. 2. 24.> 2. 권역응급의료센터의 경우: 응급의료시설의 도면, 응급의료 시설·인력 및 장비 등의 현황 및 운영계획서, 응급의료서비스 수준의 향상을 위한 계획서 각 1부 3. 전문응급의료센터의 경우: 지정받고자 하는 전문분야의 응급의료시설 도면, 지정받고자 하는 전문분야의 응급의료 시설·인력 및 장비 등의 현황 및 운영계획서, 지정받고자 하는 전문분야의 응급의료서비스 수준의 향상을 위한 계획서 각 1부 4. 지역응급의료센터의 경우: 응급의료시설의 도면, 응급의료 시설·인력 및 장비 등의 현황 및 운영계획서 각 1부 5. 정신질환자응급의료센터의 경우: 응급의료시설의 도면, 응급의료 시설·인력 및 장비 등의 현황 및 운영계획서 각 1부 6. 지역응급의료기관의 경우: 응급의료시설의 도면, 응급의료 시설·인력 및 장비 등의 현황 및 운영계획서 각 1부	수수료 없 음								
처 리 절 차										
신청서 작성	→	접 수	→	검 토	→	결 재	→	(재)지정서 작성	→	(재)지정서 발급
신청인		처리기관 (보건복지부, 시·도·시·군·구)		처리기관 (보건복지부, 시·도·시·군·구)		처리기관 (보건복지부, 시·도·시·군·구)		처리기관 (보건복지부, 시·도·시·군·구)		