

야간·휴일 소아 진료기관 지정신청서

접수번호	접수일	처리기간	개월
의료기관	명칭	의료기관 종류	요양기관 번호
	소재지		전화번호
	대표자 성명		면허번호
	개설 전문과목		허가 병상 수
신청인	신청인(개설자) 성명		면허번호
	전문과목		전자우편 주소
	실무자 성명		전화번호

「응급의료에 관한 법률」 제34조의2 및 같은 법 시행규칙 제21조의2에 따라 위와 같이 야간·휴일 소아 진료기관의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

시·도지사 귀하

첨부서류	1. 의료기관의 시설·인력 및 장비 등 현황 2. 소아환자 진료 실적 3. 운영계획서	수수료 없 음								
처 리 절 차										
신청서 작성	→	접 수	→	검 토	→	결 재	→	지정서 작성	→	지정서 발급
신청인		처리기관 (시·군·구)		처리기관 (시·도 시·군·구)		처리기관 (시·도)		처리기관 (시·도)		처리기관 (시·도)