

전담의료기관 지정신청서

접수번호	접수일시	처리일	처리기간	20일
------	------	-----	------	-----

신청인	성명(대표자)	생년월일(법인등록번호)
	법인명	전화번호
	주소	

기관 개요	명칭	시설 종류
	소재지	
	기관장 성명	생년월일

진료 과목

종사자

총 명(의사 명, 간호사 명, 그 밖의 인원 명)

「인신매매등방지 및 피해자보호 등에 관한 법률」 제29조제1항, 같은 법 시행령 제20조제2항 및 같은 법 시행규칙 제7조제1항에 따라 전담의료기관의 지정을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

성평등가족부장관, 특별시장·광역시장·도지사,
특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	1. 법인의 정관(신청인이 법인인 경우만 해당합니다.) 2. 「인신매매등방지 및 피해자보호 등에 관한 법률 시행령」 제20조제1항 각 호의 구분에 따른 의료기관에 해당함을 증명하는 서류	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	신청인이 제출하지 않는 서류	
	동의하지 않는 경우 신청인이 직접 제출해야 하는 서류	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건의 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

신청인 (서명 또는 인)

처리절차



신청인

처리기관(성평등가족부, 특별시·광역시·도, 특별자치시·특별자치도·시·군·구)