

상급종합병원 지정 신청서

접수번호	접수일	처리기간	6개월	
신청 의료기관	의료 기관명		요양기관 번호	
	대표자 성명(생년월일)		법인명 (의료기관 개설자가 법인인 경우)	
	소재지 (☎ -)			
	담당자	성명	부서명	직책
		전화번호		팩스번호
전자우편				

「의료법」 제3조의4 및 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 제3조에 따라 위와 같이 상급종합병원으로 지정받고자 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 첨부서류	1. 시설 현황 2. 장비 현황 3. 의료인력 현황	수수료 없 음
-------------	------------------------------------	------------

처리절차

