[별지 제3호서식] <개정 2026. 10. 30.> (앞쪽)

건강검진기관 지정취소 요청서

의료기관명		요양기관 기호	
개설자(대표자)		생년월일	
소 재 지	(전화:) □□□-□□□(팩스:)		
지정 철회 내용	□ 일반검진기관 □ 영유아검진기관 □ 구강검진기관 □ 학생검진기관 □ 암검진기관 (□ 위암 □ 대장암 □ 간암 □ 유방암 □ 자궁경부암 □ 폐암) □ 출장검진기관 (□ 일반검진 □ 위암 □ 대장암 □ 간암 □ 유방암 □ 자궁경부암 □ 구강검진 □ 학생검진)		
지정 철회 사유			
지정 취소 요청일	(최종 검진일 다음 날) 년 월 일		

「건강검진기본법 시행규칙」 제6조에 따라 위와 같은 사유로 건강검진기관 지정취소를 요청합니다.

년 월 일

신고인 : 기관장 직인

특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

구비서류: 건강검진기관 지정서

210㎜ × 297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다. (뒤쪽)

