

의료기관세탁물 처리업				☐ 신고서 ☐ 변경신고서	처리기간 7 일
대표자	성명		생년월일		
	주소	(전화번호:) (전자우편:)			
업소명칭					
업소소재지				전화번호	
				면적	m ²
변경사항	변경전				
	변경후				
「의료기관세탁물 관리규칙」 제7조제1항 및 제3항에 따라 의료기관세탁물 처리업을 하기 위하여 위와 같이 신고(변경신고)합니다. 년 월 일 신고인 (서명 또는 인) 시장·군수·구청장 귀하					
※ 구비서류					수수료
가. 신고의 경우: 시설 및 장비 명세서 1부, 작업장 평면도 (기계·기구의 배치 내용을 포함합니다) 1부					없음
나. 신고사항의 변경신고의 경우: 의료기관세탁물 처리업 신고증명서, 변경사항을 확인할 수 있는 서류					

이 신고서는 아래와 같이 처리됩니다. (뒷면)

