

[] 중앙
[] 권역 암생존자통합지지센터 지정신청서

접수번호	접수일시	처리기간	2개월
의료기관	명칭	의료기관 종류	요양기관 번호
	대표자 성명		전화번호
	주소		
담당부서	부서명		
	책임자 성명	전화번호 / 전자우편 주소	
	실무자 성명	전화번호 / 전자우편 주소	

「암관리법」 제12조의2제2항 및 같은 법 시행규칙 제5조의3제2항·제5조의4제2항에 따라 위와 같이
[]중앙 []권역암생존자통합지지센터의 지정을 신청합니다.

년 월 일

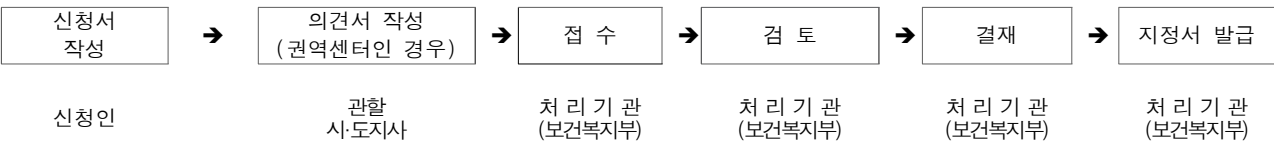
신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 사업계획서 및 재정운용계획서 2. 중앙·권역암생존자통합지지센터의 운영을 위한 시설·인력·장비 등의 현황	수수료 없 음
------	---	------------

처 리 절 차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]