

제 호

배아생성의료기관 변경신고 확인증

○ 기 관 명:

○ 소 재 지:

○ 기관장 성명:

「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제22조제4항 및 같은 법 시행규칙 제18조 제2항에 따라 변경 신고하였음을 증명합니다.

년 월 일

질병관리청장

직인

변경사항 등	
연 월 일	내 용