

전문병원 지정신청서

접수번호		접수일		처리기간	180일
신청 의료기관	의료기관명			요양기관기호	
	소재지			전화번호	
	개설자(생년월일)			지정신청 질환 또는 진료과목명	
	담당자	성명	부서명	직책	
		전화번호		팩스	
		전자우편			

「의료법」 제3조의5 및 「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」 제3조에 따라 위와 같이 전문병원으로 지정받고자 신청합니다.

년 월 일

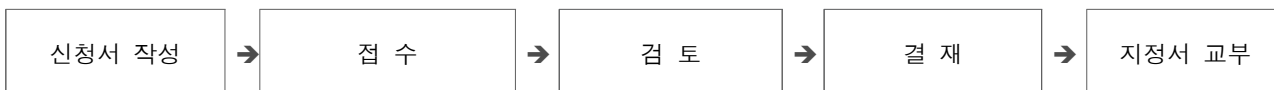
신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 시설현황 1부.	수수료
	2. 인력현황 1부.	
	3. 전문병원 운영계획서 1부.	
	4. 「의료법 시행규칙」 제64조의5제1항에 따른 의료기관 인증서 사본 1부.	
	없 음	

처 리 절 차



신청인

처리기관
(보건복지부)

처리기관
(보건복지부)

처리기관
(보건복지부)