

아동학대 전담의료기관 지정신청서

접수번호	접수일	처리일	처리기간	20일
------	-----	-----	------	-----

신청인	성명(대표자)	생년월일(법인등록번호)
	법인명	전화번호
	주소	

기관 개요	명칭	시설 종류(종합병원급 여부)
	소재지	
	기관장 성명	생년월일(남/여)

진료 과목

종사자	총	명(의사	명, 간호사	명, 그 밖의 인원	명)
-----	---	------	--------	------------	----

「아동복지법」 제29조의7제1항 및 같은 법 시행령 제26조의10제1항에 따라 아동학대 전담의료기관의 지정을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	1. 법인의 정관(법인인 경우만 해당합니다) 2. 법 제29조의7제1항에 따른 민간의료기관임을 증명하는 서류	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	법인 등기사항증명서	

처리절차

