

# 외국인환자 유치의료기관 평가·인증신청서 [ ] 인증 [ ] 재인증

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 적지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 “√” 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	30일
신청인	의료기관 명칭	외국인환자 유치의료기관 등록번호	
	대표자 성명	연락처(휴대전화)	
	의료기관 주소		
	담당자	성명	부서명
전화번호(휴대전화)		팩스번호	전자우편주소

「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」 제14조제1항, 같은 법 시행령 제5조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조제1호에 따라 위와 같이 외국인환자 유치의료기관 평가·인증을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

## 작성 방법

인증 유효기간 중 재인증을 신청하는 경우에는 <재인증>에 “√” 표시를 하고, 인증을 새로 신청하거나 인증의 유효기간이 경과한 후 다시 인증을 신청하는 경우 또는 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」 제25조제1항에 따라 인증이 취소된 의료기관이 다시 인증을 신청하는 경우는 <인증>에 “√” 표시를 해주시기 바랍니다.

## 유의 사항

보건복지부장관은 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」 제14조제1항에 따라 인증을 받은 외국인환자 유치의료기관이 같은 법 제25조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인증을 취소하거나 인증마크의 사용정지 등을 명할 수 있습니다.

## 처리 절차

