■ 의료법 시행규칙 [별지 제23호의9서식] <개정 2024. 11. 7.>

이 의 신 청 서

접수번호	접수일	처리기간 30일

① 신청자	기관명(종별) 및 개설자	
	주소	
	전자우편	

② 평가결과 또는 인증등급의 내용 (공간 부족 시 별지 사용)

③ 평가결과 또는 인증등급을 통보받은(도달한) 날 년 월 일

④ 이의신청의 취지와 사유 (공간 부족 시 별지 사용)

「의료법」 제58조의5제1항 및 같은 법 시행규칙 제64조의4제1항에 따라 위와 같이 의료기관평가인증원의 평가 결과 또는 인증등급 결정에 대하여 이의신청합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인) 전화번호

주 소 :

통보를 받은 자와의 관계:

의료기관평가인증원장 귀하

첨부서류	주장하는 사실을 증명할 수 있는 서류

작성방법

① 인증을 신청한 의료기관명과 대표자 성명, 소재지 주소를 적습니다.

② 인증신청에 대한 의료기관평가인증원의 평가결과 또는 인증등급 등 이의신청의 대상이 되는 의료기관평가인증원의 구체적인 결정 통보내용을 적습니다.

③ 의료기관평가인증원의 결정 통보를 받은 연·월·일을 적습니다.

④ 의료기관평가인증원에 대하여 이의신청을 하는 사유와 그 사유를 증명할 수 있는 법률상 및 사실상의 근거가 되는 내용을 적습니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]