

의료기관 인증서 재발급 신청서

접수번호	접수일	처리기간
		3일
신청 의료 기관	의료기관명	요양기관기호
	개설자 성명(법인명)	홈페이지
	소재지 (☎ -)	전자우편
연락처	담당자 성명	부서/직위
	전화번호	팩스번호

재발급 신청 사유

「의료법 시행규칙」 제64조의5제2항에 따라 위와 같이 인증서 재발급을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

의료기관평가인증원장 귀하

첨부서류

- 의료기관 인증서(의료기관 인증서를 잃어버린 경우는 제외합니다)
- 증명서류(의료기관의 개설자가 변경된 경우만 해당합니다)