

장애인 건강검진기관 지정신청서

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

접수번호	접수일시	처리기간	60일
신청인	의료기관명	요양기관 기호	
	개설자(대표자)	생년월일	
	기관소재지	(전화번호:) □□□□□ (팩스번호:)	
지정신청 내용	[] 장애인 일반건강검진기관 [] 장애인 암건강검진기관 ([] 위암 [] 대장암 [] 간암 [] 유방암 [] 자궁경부암 [] 폐암) [] 장애인 구강건강검진기관		

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제7조 및 같은 법 시행규칙 제2조제2항에 따라 위와 같이 장애인 건강검진기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관

귀하

첨부서류	1. 별지 제2호서식의 인력·시설 및 장비 현황에 관한 서류 2. 장애인 건강검진을 보조하는 인력의 채용(업무위탁을 포함한다) 관련 사실 증명서류 3. 장애인 건강검진기관 지정을 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 서류	수수료 없 음
------	--	------------

