

제 호

장애인 건강검진기관 지정서

의료기관명			요양기관 기호					
기관 소재지	(전화번호:) □□□□□ (팩스번호:)							
검진내용	일반검진	암검진						구강검진
		위암	대장암	간암	유방암	자궁경부암	폐암	
개설자(대표자)				생년월일				

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제7조 및 같은 법 시행규칙 제2조제4항에 따라 위 기관을 장애인 건강검진기관으로 지정합니다.

년 월 일

보건복지부장관

직인