

장애인 건강검진기관 현황 등 변경신고서

※ 색상이 어두운 난은 신고인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일시	처리기간	15일
------	------	------	-----

1. 검진기관 변경사항

검진기관명	변경 전	(검진기관 기호:)
	변경 후	(검진기관 기호:)
개설자 (법인인 경우에는 대표자)	변경 전	(생년월일:)
	변경 후	(생년월일:)
기관 소재지	변경 전	(전화번호:) □□□□□(팩스번호:)
	변경 후	(전화번호:) □□□□□(팩스번호:)

2. 검진 보조 인력 변경사항

변경 사유	성명	생년월일	면허증(자격증)		변경일
			종류	번호	
제외					년 월 일
신규					입사일: 년 월 일 담당일: 년 월 일

3. 시설 기준 변경사항(해당 항목에 ○,× 기재)

장애인 전용 주차구역			매개공간 접근성			주 출입구	안내표지 등			승강기		경사로	계단	접수대		내부 건강검진 경로		장애인용 화장실 등			경보· 피난설 비	
1)	2)	3)	1)	2)	3)		1)	2)	3)	1)	2)			1)	2)	1)	2)	1)	2)	3)	1)	2)

4. 검진 장비 변경사항

[illegible]

(뒤쪽)

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제2조제5항에 따라 위와 같이 장애인 검진 인력·시설·장비 현황 등의 변경을 신고합니다.

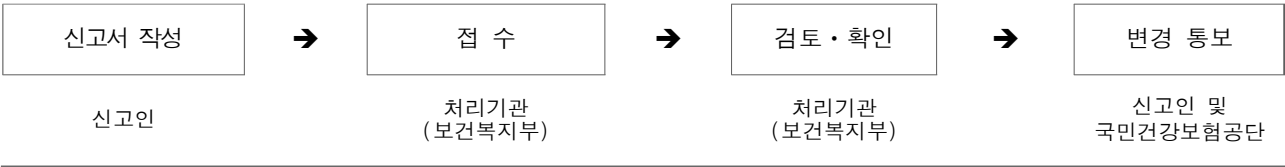
년 월 일

신고인 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	장애인 건강검진을 보조하는 인력의 채용(업무위탁을 포함한다) 관련 사실 증명서류(장애인 건강검진을 보조하는 인력이 변경된 경우에만 해당합니다)	수수료 없음
------	---	-----------

처 리 절 차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]