

장애인 건강검진기관 지정 취소 요청서

(앞쪽)

의료기관명		요양기관 기호	
개설자(대표자)		생년월일	
기관 소재지	(우편번호) (전화번호:) (팩스번호:)		
취소 요청 내용	☐ 일반검진기관 ☐ 암검진기관 (☐ 위암 ☐ 대장암 ☐ 간암 ☐ 유방암 ☐ 자궁경부암 ☐ 폐암) ☐ 구강검진기관		
취소 요청 사유			

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제7조 및 같은 법 시행규칙 제3조제2항에 따라 위와 같은 사유로 장애인 건강검진기관의 지정 취소를 요청합니다.

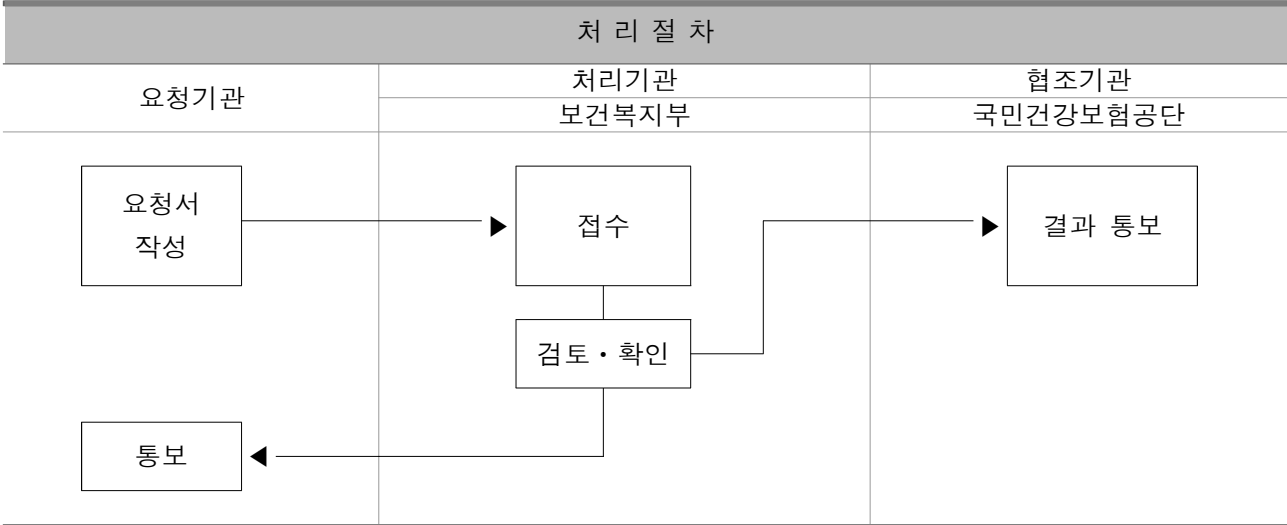
년 월 일

기관장

직인

보건복지부장관 귀하

※ 첨부서류 : 장애인 건강검진기관 지정서



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 증질지(80g/㎡)]