

어린이 재활의료기관 지정신청서

※ 바탕이 어두운 칸은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호		접수일시		처리기간	180일
신청 의료기관	의료기관명			요양기관 기호	
	소재지			전화번호	
	개설자(법인명)			생년월일(법인번호)	
	담당자	성명	부서명	직책	
		전화번호	팩스번호	전자우편주소	

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조의2제1항 및 같은 법 시행규칙 제13조의2제3항에 따라 위와 같이 어린이 재활의료기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 별지 제13호의3서식의 어린이 재활의료기관의 운영계획서 1부	수수료 없음
	2. 의료기관 개설신고 증명서 사본 또는 의료기관 개설허가증 사본 1부	

