

장애통화 산부인과 운영 의료기관 현황 등 변경신고서

(앞쪽)

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

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

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

주요시설	외래	분만부	병동부	신생아실	이동통로	비고				
변경사항										
변경내용										
편의·권장 시설	접근 로	장애인 주차 구역	출입 구	복 도	계단 승강 기	장애인 화장실	점 자 블록	안내 설비	피난 설비	권장 시설
변경사항										
변경내용										

변경사유	장비명	수량	모델명	제 조 번 호 (방사선장비)	제 조 국 명	제 조 년 도	구 입 년 도	변경일			비고
								년	월	일	
제외								년	월	일	
신규								년	월	일	

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제13조의8제5항에 따라 위와 같이 장애인
친화 산부인과 운영 의료기관 인력·시설·장비 현황 등의 변경을 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

보건복지부장관·지방자치단체의 장 귀하

첨부서류	1. 장애인 친화 산부인과 코디네이터 인력의 채용 관련 사실 증명서류(장애인 친화 산부인과 코디네이터 인력이 변경된 경우에만 해당합니다) 2. 수어통역사 인력의 채용 관련 사실 증명서류 또는 업무위탁 관련 서류(수어통역사 인력이 변경되거나 수어통역 업무위탁 사항이 변경된 경우에만 해당합니다)	수수료 없음
------	--	-----------

