

장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정 취소 요청서

의료기관명		요양기관 기호	
개설자(대표자)		생년월일	
기관 소재지	(우편번호:) (전화번호:) (팩스번호:)		
취소 요청 사유			

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조의4제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의10제1항에 따라 위와 같은 사유로 장애친화 산부인과 운영 의료기관의 지정 취소를 요청합니다.

년 월 일

기관장



보건복지부장관 · 지방자치단체의 장 귀하

첨부서류	장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서		
처리절차			
신청서 작성 신청인	→	접 수	→
		검토 · 확인	→
		결과통보	
처리기관: 보건복지부 · 지방자치단체			