

중앙장애인보건의료센터 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호		접수일시	처리기간	60일
신청인	명칭		전화번호	
	주소			
	대표자 성명		생년월일	
담당자	성명		직위	
	전화번호		전자우편주소	

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제19조 및 같은 법 시행규칙 제14조제2항에 따라 위와 같이 중앙장애인보건의료센터 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 중앙장애인보건의료센터의 운영을 위한 시설·인력 및 장비 등의 현황 2. 중앙장애인보건의료센터의 운영계획서	수수료 없음
------	--	-----------

