

지역장애인보건의료센터 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」 제20조 및 같은 법 시행규칙 제15조제2항에 따라 위와 같이 지역장애인보건의료센터 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

특별시장·광역시장·특별자치시장
·도지사·특별자치도지사

귀하

첨부서류	1. 지역장애인보건의료센터의 운영을 위한 시설·인력 및 장비 등의 현황 2. 지역장애인보건의료센터의 운영계획서	수수료 없 음
------	--	------------

