

특수의료장비 공동활용 동의서

특수의료장비 명칭	<input type="checkbox"/> 자기공명영상 촬영장치(MRI) <input type="checkbox"/> 전산화단층 촬영장치(CT)
-----------	--

특수의료장비 설치 의료기관 정보

의료기관명	개설자
주소(전화번호)	
전자우편	
사업자등록번호	요양기관 기호

공동활용 동의 의료기관 정보

의료기관명	개설자
주소(전화번호)	
전자우편	
사업자등록번호	요양기관 기호

본 의료기관은 허가(신고) 병상 ()병상의 의료기관으로 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제2조제1항·제2항에 따라 특수의료장비를 설치한 위 의료기관과 공동 활용할 것에 동의합니다.

년 월 일

동의인: (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	공동활용 동의 의료기관의 개설허가증명서 또는 개설신고증명서 사본 또는 공동활용하려는 의료기관의 병상수를 확인할 수 있는 서류
------	---