

특수의료장비 수리·교정·변경 이력대장					
의 료 기 관	명 칭		종 류		
	주소(전화번호)				
	사업자등록번호		요양기관 기호		
개 설 자	성 명 (대 표 자)		생년월일		
	주 소				
	전 자 우 편				
특수의료 장 비 의 관 리 자	성 명		생년월일		
	면 허 종 류 (면 허 번 호)		자 격 종 류 (자 격 번 호)		
특수의료장비의 설치 내용					
설 치 일			설 치 장 소		
설 치 회 사 (A/S)	명 칭		대표자 성명		
	대표전화		모 사 전 송 (F A X)		
	담 당 자		담당자 전화		
관 매 회 사	명 칭		전 화 번 호		
용 도			장 비 상 태	<input type="checkbox"/> 신 품 <input type="checkbox"/> 중고품	
장 비 고 유 번 호					
특수의료장비 수리·교정·변경 사항					
일련번호	수리·변경일	수리·교정·변경 내용		수리자	담당자

