[별지 제12호서식] <개정 2024. 11. 7.>

특수의료장비 공동활용 동의 의료기관 시설 현황표

장비	명칭			
	장비고유번호			
의료기관	명칭		종류	
	주소			
	전화번호, FAX		요양기관 기호	
	개설자 성명		개설자 생년월일	
	개설자 전자우편			

특수의료장비 공동활용 동의 의료기관 시설 현황

의료기관명	종류	허가(신고) 병상수	주소	전화번호	비고

「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제5조제5항 및 별표 3에 따라 검사 의뢰일 년 월 일을 기준으로 작성한 시설 현황을 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

특수의료장비 관리자 성명: 인

품질관리검사기관의 장 귀하

※특수의료장비 공동활용 동의 의료기관이 있는 경우에만 제출합니다.

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]