

항공전문의사 지정 취소 요청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시	처리기간 7일
신청인	성명/명칭	생년월일	
	주소	전화번호	
항공전문의사	지정번호	지정일자	
소속병원 /의원	병원/의원명		
	주소		
신청 사유			

「항공안전법」 제49조제1항 및 같은 법 시행규칙 제106조제3항에 따라 받은 항공전문의사 지정의 취소를 요청하고자 합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

국토교통부장관 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	-----------