제　　　　호

제3차의료급여기관지정서

1. 기관명:

2. 소재지:

3. 대표자 성명:

4. 생년월일:

위 기관을「의료급여법」 제9조제2항제3호 및 같은 법 시행규칙 제17조제1항에 따라 제3차의료급여기관으로 지정합니다.

년　　월　　일

보건복지부장관　직인