

배아생성의료기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	30일
의료기관	기관명	전화번호	
	소재지		
	종류	[] 의원 [] 병원 [] 종합 병원	
	신고(허가)번호		
기관장 (대표자)	성명	전화번호	
	주소		
	면허번호(법인등록번호)	생년월일	

「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제22조제1항 및 같은 법 시행규칙 제17조제2항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

기관장(대표자)

(서명 또는 인)

질병관리청장 귀하

제출서류	1. 의료기관 개설신고 확인증 또는 의료기관 개설허가증 사본 2. 시설 및 인력 등의 현황을 적은 서류 3. 기관생명윤리위원회의 구성 및 운영 사항을 적은 서류 또는 기관생명윤리위원회 협약서 4. 해당 기관에서 시술 가능한 체외수정방법을 적은 서류	수수료 10,000원
담당 공무원 확인사항	의사면허증	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

*동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

주민등록번호 :

신청인(기관장)

(서명 또는 인)

처리 절차

