

배아생성의료기관 []휴업 []폐업 신고서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	즉시	
신고기관 및 신고내용	기관명	지정번호		
	소재지	전화번호		
	휴업기간	년 월 일부터	년 월 일까지	
	폐업 연월일	년 월 일		
	신고인 (기관장)	성명	전화번호	
		주소		
휴업·폐업 사유				

「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제22조제5항 및 같은 법 시행규칙 제19조제1항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인(기관장)

(서명 또는 인)

질병관리청장 귀하

제출서류	1. 배아 및 생식세포 처리계획서 2. 배아 및 생식세포 보관 현황 3. 배아생성의료기관 지정서 원본(폐업하는 경우만 제출합니다)	수수료 없음
------	--	-----------

