

수련치과병원(수련기관) 지정신청서					처리기간	
					60일	
병원(기관)명칭						
병원(기관)장		(한글)	(한자)	면허번호		
개설자 (대표자)		(한글)	(한자)	생년월일 (법인등록번호)		
개원일		년 월 일		전화번호		
주 소						
규 모		입원실	실	병상	병상	
지정신청 구분		☐ 인턴 수련치과병원 ☐ 레지던트 수련치과병원(수련기관)				
지정받으려는 사항 ☐ 인턴: 총 명 ☐ 레지던트: 총 명						
전문과목	전공의 수	전문과목	전공의 수	전문과목	전공의 수	
「치과의사전문회의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제6조제1항 및 같은 규정 시행규칙 제5조제1항에 따라 수련치과병원(수련기관)으로 지정받기 위하여 관계 서류를 첨부하여 신청합니다.						
년 월 일 신청인: (서명 또는 인)						
보건복지부장관 귀하						
※ 구비서류 1. 수련치과병원의 지정을 받으려는 경우 가. 수련치과병원 실태 조서 1부 나. 의료기관 개설허가증 사본 1부 2. 수련기관의 지정을 받으려는 경우: 수련기관 실태 조서 1부					수수료	
					없음	

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

(뒤 쪽)

