

[] 중앙장애인구강진료센터
 [] 권역장애인구강진료센터 위탁기관 지정신청서
 [] 지역장애인구강진료센터

접수번호	접수일	처리기간
		30일
의료기관	명 칭	개설허가일
	요양기관 번호	허가병상 수
	주소	전화번호
대표자	성명	생년월일
담당자	성명	직위
	전화번호	전자우편 주소

「구강보건법」 제15조의2제3항 및 같은 법 시행규칙 제12조의3제2항·제12조의4제3항에 따라
 [] 중앙 [] 권역 [] 지역장애인구강진료센터의 위탁기관으로 지정받기 위하여
 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관, 시·도지사 귀하

첨부서류	1. 중앙장애인구강진료센터의 경우: 의료기관의 시설·장비, 인력 등의 현황 및 중앙장애인구강진료센터 운영계획서 각 1부 2. 권역장애인구강진료센터의 경우: 의료기관의 시설·장비, 인력 등의 현황 및 권역장애인구강진료센터 운영계획서 각 1부 3. 지역장애인구강진료센터의 경우: 의료기관의 시설·장비, 인력 등의 현황 및 지역장애인구강진료센터 운영계획서 각 1부	수수료 없 음
------	--	------------

유의사항

중앙장애인구강진료센터 지정신청은 보건복지부장관, 권역·지역장애인구강진료센터 지정신청은 시·도지사에게 하시기 바랍니다.

처리절차

