의료기관의 개설신고 또는 허가에 관한 자료

| 성명 (법인명) | 주민(법인) 등록번호 | 전화번호 | 신고일 (허가일) | 의료 기관명 | 사업장 소재지 | 사업장 전화번호 | 의료기관 종류 |
|-------------|----------------|------|--------------|-----------|---------|-------------|------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |