[별지 제1호서식] <개정 2010.3.19>

| 조산 수습의료기관 인정신청서 | 처리기간<br>5일 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 의료기관의 명칭 | |
| 소 재 지 | |
| 수습생 정원 신청 인원 | |
| 수습 시작 예정일 | |

위와 같이 조산에 관한 수습의료기관으로 인정받기 위하여 신청합니다.

년 월 일

의료기관장
성명 (인)

**보건복지부장관** 귀하

※ 구비서류
1. 수습생 모집계획서 및 수습계획서와 수습과정의 개요를 적은 서류
2. 신청일이 속하는 달의 전달부터 소급하여 1년간의 월별 분만 실적을 적은 서류

210㎜×297㎜[신문용지 60g/㎡(재활용품)]