

의료기관 [] 인증
[] 재인증 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 "√" 표시를 합니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간 6개월	
신청 의료기관	의료기관명		의료기관 종별		요양기관 번호
	개설자 성명(법인명)				
	소재지 (☎ -)				
	담당자	성명	부서명		직책
		전화번호			팩스
전자우편주소 (기관 인터넷 홈페이지 주소)					
희망 조사기간	년 월 일부터 년 월 일까지				
서비스 품질 및 인증현황	서비스 품질 및 인증현황			인증일자	
그 밖의 의견					

「의료법」 제58조의3제4항, 제58조의4제1항부터 제3항까지, 같은 법 시행규칙 제63조제1항, 제64조 제1항 및 제4항에 따라 의료기관 인증(재인증)을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

의료기관평가인증원장 귀하

첨부서류	의료기관 운영현황
------	-----------

작성방법

1. 조건부인증을 받은 기관이 다시 인증을 신청하는 경우에는 재인증에 "√" 표시를 하십시오.
2. 희망 조사기간은 신청일부터 6개월 이내의 기간으로 적습니다.
3. "그 밖의 의견"란에는 조사를 받을 수 없는 기간이나 사유 등 인증 조사기간 결정에 참고할 필요가 있는 내용을 적습니다.

처리절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

