

의료기관 인증서 재발급 신청서

접수번호		접수일	처리기간	3일
신청 의료 기관	의료기관명		요양기관기호	
	개설자 성명(법인명)		홈페이지	
	소재지 (☎ -)			
연락처	담당자 성명		부서/직위	
	전화번호		팩스번호	

재발급 신청 사유

「의료법 시행규칙」 제64조의5제2항에 따라 위와 같이 인증서 재발급을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

의료기관평가인증원장 귀하

첨부서류	1. 의료기관 인증서(의료기관 인증서를 잃어버린 경우는 제외합니다) 2. 증명서류(의료기관의 개설자가 변경된 경우만 해당합니다)
------	--