■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <개정 2016. 11. 7.>

방문간호 간호조무사 교육기관 지정 신청서

※ 아래의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일자	처리기간 60일

①기 관 명			
②소 재 지			
③신청인 성명		④전화번호	

⑤지정 받으려는 사항
가. 교육생정원 신청인원:
나. 교육개시 예정일:

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제11조의2제2항에 따라 방문간호 간호조무사 교육기관의 지정을 받고자 관계서류를 첨부하여 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 교수요원(전공 전임교수 및 실습지도 겸직교수)의 성명 및 이력이 적힌 서류 2. 실습협약기관 현황 및 협약 약정서 3. 교육계획서 및 교과과정표 4. 해당 방문간호 간호조무사 교육과정에 사용되는 시설 또는 장비현황

작성방법 및 유의사항

①: 신청한 기관명을 적습니다.
②: 신청한 기관의 주소를 적습니다.
③ • ④: 신청한 기관의 대표자 성명 및 전화번호를 적습니다.
⑤: 지정 받으려는 교육생정원 신청인원과 교육개시 예정일을 적습니다.

처 리 절 차

신청서 제출	➔	접수 및 검토 (지정서 발급)	➔	지정서 수령
신청인		처 리 기 관 (보건복지부)		신청인

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]