

사전연명의료의향서 등록기관 ([] 지정 [] 변경) 신청서

※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호		접수일시	
신청인 (신고인)	기관 명칭		
	소재지	전화번호	
	대표자 성명	생년월일	
	담당자 성명	전화번호	

[] 지정을 신청하는 경우

기관 유형	[] 「지역보건법」 제2조에 따른 지역보건의료기관
	[] 의료기관
	[] 사전연명의료의향서에 관한 사업을 수행하는 비영리법인 또는 비영리단체
	[] 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관
	[] 「노인복지법」 제36조제1항제1호에 따른 노인복지관

[] 변경을 신고하는 경우

변경신청 내 용	변경사항	변 경 전	변 경 후
	기관 명칭		
	소재지		
	대표자		
	지정 요건		

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제11조 및 같은 법 시행규칙 제4조에 따라 위와 같이 사전연명의료의향서 등록기관 ([] 지정, [] 변경)을 ([] 신청, [] 신고)합니다.

년 월 일

신청인(신고인)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

제출서류	1. 지정을 신청하는 경우 가. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제11조제1항 각 호에 해당하는 기관임을 증명할 수 있는 서류 나. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행령」 제7조제1항 각 호에 따른 지정 요건에 적합함을 증명하는 서류 다. 사업운영계획서	수수료 없음
	2. 변경을 신고하는 경우 가. 변경사항을 확인할 수 있는 서류	