

사전연명의료의향서 등록기관 ([] 폐업 [] 휴업 [] 운영 재개) 신고서

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

접수번호		접수일시	
신고인	기관 명칭		
	소재지		전화번호
	대표자 성명		생년월일
	담당자 성명		전화번호

[] 폐업을 신고하는 경우

폐업 예정일자	년 월 일
폐업사유	

[] 휴업을 신고하는 경우

휴업 예정기간	년 월 일부터 년 월 일까지
휴업사유	

[] 운영 재개를 신고하는 경우

휴업 기간	년 월 일부터 년 월 일까지
운영 재개 예정일자	년 월 일

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제11조제5항 및 같은 법 시행규칙 제6조제1항에 따라 위와 같이 사전연명의료의향서 등록기관의 ([] 폐업, [] 휴업, [] 운영 재개)를 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

보건복지부장관

귀하

제출서류	1. 폐업 또는 휴업 : 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제11조제6항 본문에 따른 관련 기록의 이관에 관한 조치계획서 2. 운영 재개 : 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행령」 제7조제1항 각 호에 따른 지정 요건에 적합함을 증명하는 서류	수수료 없음
------	---	-----------