

관련 기록 직접 보관 허가 신청서

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

접수번호		접수일시	
신청인	기관 명칭		
	소재지		전화번호
	대표자 성명		생년월일
	담당자 성명		전화번호
휴업 예정기간	년 월 일부터 년 월 일까지		
직접 보관 사유			

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제11조제6항 단서 및 같은 법 시행규칙 제7조제3항에 따라 위와 같이 사전연명의료의향서 등록기관의 관련 기록을 직접 보관 할 수 있도록 허가를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

국립연명의료관리기관장 귀하

제출서류	1. 관련 기록에 대한 전체 목록 2. 관련 기록에 대한 보관계획서	수수료 없음
------	--	---------------