

[] 중앙호스피스센터

[] 권역별호스피스센터

지정신청서

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

접수번호		접수일시	처리기간 30일
신청인	명 칭	의료기관 종별	요양기관기호
	주 소		전 화 번 호
	대 표 자 성명		생년월일
	담당자 성명		전 화 번 호

() 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제23조 및 같은 법 시행규칙 제17조에 따라 위와 같이 중앙호스피스센터

() 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제24조 및 같은 법 시행규칙 제19조에 따라 위와 같이 권역별호스피스센터

의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

제출서류	1. 호스피스전문기관 지정서 사본 2. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙」 제16조제1항 및 제19조제1항에 따른 지정기준에 적합함을 증명하는 서류 3. 사업운영계획서 및 재정운용계획서	수수료 없 음
------	---	---------------

