

호스피스전문기관 지정신청서

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

접수번호		접수일시		처리기간	30일
신청인	명 칭	의료기관 종별		요양기관기호	
	주 소			전화번호	
	대표자 성명			생년월일	
	담당자 성명			전화번호	
신청내용 [] 입원형 (병동 수: , 병상 수:) [] 가정형 [] 자문형					

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조 및 같은 법 시행규칙 제20조에 따라 위와 같이 호스피스전문기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

제출서류	1. 의료기관 개설신고증명서 또는 개설허가증 사본 2. 호스피스전문기관 지정기준에 적합함을 증명하는 서류 3. 사업운영계획서 4. 최근 6개월 간 호스피스 실적 보고서 5. 「의료법 시행규칙」 제64조의5에 따른 의료기관 인증서 사본(인증을 받은 경우만 해당합니다)	수수료 없 음
------	--	------------

