

호스피스전문기관 변경신고서

※ 색상이 어두운 부분은 신고인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시	처리기간	15일
신고인 (호스피스 전문기관)	명 칭		지정번호	
	주 소		전화번호	
	대표자 성명		요양기관기호	
변경신청 내 용	변경사항	변 경 전		변 경 후
	소재지			
	대표자			
	인력 및 시설			
	호스피스 병동 전체의 병상 수			
	입원실의 병상 수			

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제26조 및 같은 법 시행규칙 제21조에 따라 위와 같이 호스피스전문기관의 변경사항을 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

제출서류	변경사항을 확인할 수 있는 서류	수수료 없 음
------	-------------------	------------