

호스피스전문기관 휴업·폐업 신고서

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

접수번호		접수일시
신고인 (호스피스 전문기관)	명 칭	지정번호
	주 소	전화번호
	대표자 성명	요양기관기호

[] 폐업을 신고하는 경우

폐업예정일자	년 월 일
폐업사유	

[] 휴업을 신고하는 경우

휴업기간	년 월 일부터 년 월 일까지
휴업사유	

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제26조 및 같은 법 시행규칙 제21조에 따라 위와 같이 호스피스전문기관의 ([] 휴업, [] 폐업)을 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 날인)

보건복지부장관 귀하

제출서류	1. 호스피스전문기관 지정서 2. 해당 호스피스전문기관 입원환자에 대한 조치계획서
------	--