

1. 개정이유 및 주요내용

의료기관 등의 전자우편 이용을 촉진하기 위해 「의료법 시행규칙」 등 15개의 보건복지부령을 일괄하여 개정하여 의료기관 등에서 사용 중인 서식 중 연락처 기재란에 전자우편을 추가하려는 것임.

2. 참고사항

가. 관계법령 : 생략

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합 의 : 별도조치 필요 없음

라. 기 타 : 해당 없음

법령서식 일괄 개정을 위한 의료법 시행규칙 등 일부개정령안

제1조(「의료법 시행규칙」의 개정) 의료법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제4호서식, 별지 제5호서식, 별지 제8호의2서식, 별지 제9호서식, 별지 제9호의2서식, 별지 제9호의3서식, 별지 제11호서식, 별지 제12호서식, 별지 제14호서식, 별지 제16호서식, 별지 제20호서식, 별지 제20호의2서식, 별지 제20호의3서식, 별지 제20호의4서식, 별지 제20호의5서식, 별지 제20호의6서식, 별지 제22호서식, 별지 제23호의2서식, 별지 제23호의5서식, 별지 제23호의9서식, 별지 제23호의11서식, 별지 제29호서식, 별지 제31호서식 및 별지 제32호서식을 별지1과 같이 개정한다.

제2조(「간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙」의 개정) 간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제6호서식, 별지 제7호서식 및 별지 제11호서식을 별지2와 같이 개정한다.

제3조(「경제자유구역 내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙」의 개정) 경제자유구역 내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식 및 별지 제3호서식을 별지3과 같이 개정한다.

제4조(「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」의 개정) 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식을 별지4와 같이 개정한다.

제5조(「안마사에 관한 규칙」의 개정) 안마사에 관한 규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식, 별지 제4호서식 및 별지 제6호서식을 별지5와 같이 개정한다.

제6조(「의료기관세탁물 관리 규칙」의 개정) 의료기관세탁물 관리 규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식, 별지 제2호서식, 별지 제2호의2서식, 별지 제3호서식, 및 별지 제4호서식을 별지6과 같이 개정한다.

제7조(「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」의 개정) 전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식, 별지 제3호서식, 별지 제4호의2서식, 별지 제4호의3서식 및 별지 제5호서식을 별지7과 같이 개정한다.

제8조(「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」의 개정) 전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식을 별지8과 같이 개정한다.

제9조(「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」의 개정) 진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙 일부를 다음과 같이 개정

한다.

별지 제1호서식, 별지 제2호서식, 별지 제3호서식, 별지 제4호서식, 별지 제5호서식, 별지 제6호서식, 별지 제8호서식, 별지 제9호서식, 별지 제10호서식 및 별지 제16호서식을 별지9와 같이 개정한다.

제10조(「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」의 개정) 특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식, 별지 제2호서식, 별지 제3호서식, 별지 제4호서식, 별지 제5호서식, 별지 제6호서식, 별지 제7호서식, 별지 제8호서식, 별지 제10호서식, 별지 제11호서식 및 별지 제12호서식을 별지10과 같이 개정한다.

제11조(「약사법 시행규칙」의 개정) 약사법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제5호서식, 별지 제7호서식, 별지 제7호의2서식, 별지 제8호서식, 별지 제10호의2서식, 별지 제11호서식, 별지 제12호서식, 별지 제14호서식, 별지 제16호서식, 별지 제17호서식, 별지 제19호서식, 별지 제20호서식, 별지 제21호서식, 별지 제22호서식, 별지 제23호서식, 별지 제23호의2서식, 별지 제27호서식, 별지 제28호서식, 별지 제29호서식, 별지 제30호서식, 별지 제31호서식 및 별지 제33호서식을 별지11과 같이 개정한다.

제12조(「의료기사 등에 관한 법률 시행규칙」의 개정) 의료기사 등에 관한 법률 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제2호서식, 별지 제4호서식, 별지 제7호서식, 별지 제10호서식, 별지 제11호서식 및 별지 제15호서식을 별지12와 같이 개정한다.

제13조(「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙」의 개정) 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식 및 별지 제3호서식을 별지13과 같이 개정한다.

제14조(「전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률 시행규칙」의 개정) 전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호서식, 별지 제2호서식, 별지 제3호서식 및 별지 제4호서식을 별지14와 같이 개정한다.

제15조(「환자안전법 시행규칙」의 개정) 환자안전법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제3호서식 및 별지 제4호서식을 별지15와 같이 개정한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다.

제2조(서식에 관한 경과조치) 이 규칙 시행 당시 종전의 규칙에 따라 사용 중인 서식은 이 규칙 시행 이후 6개월 간 이 규칙에 따른 개정서식과 함께 사용할 수 있다.

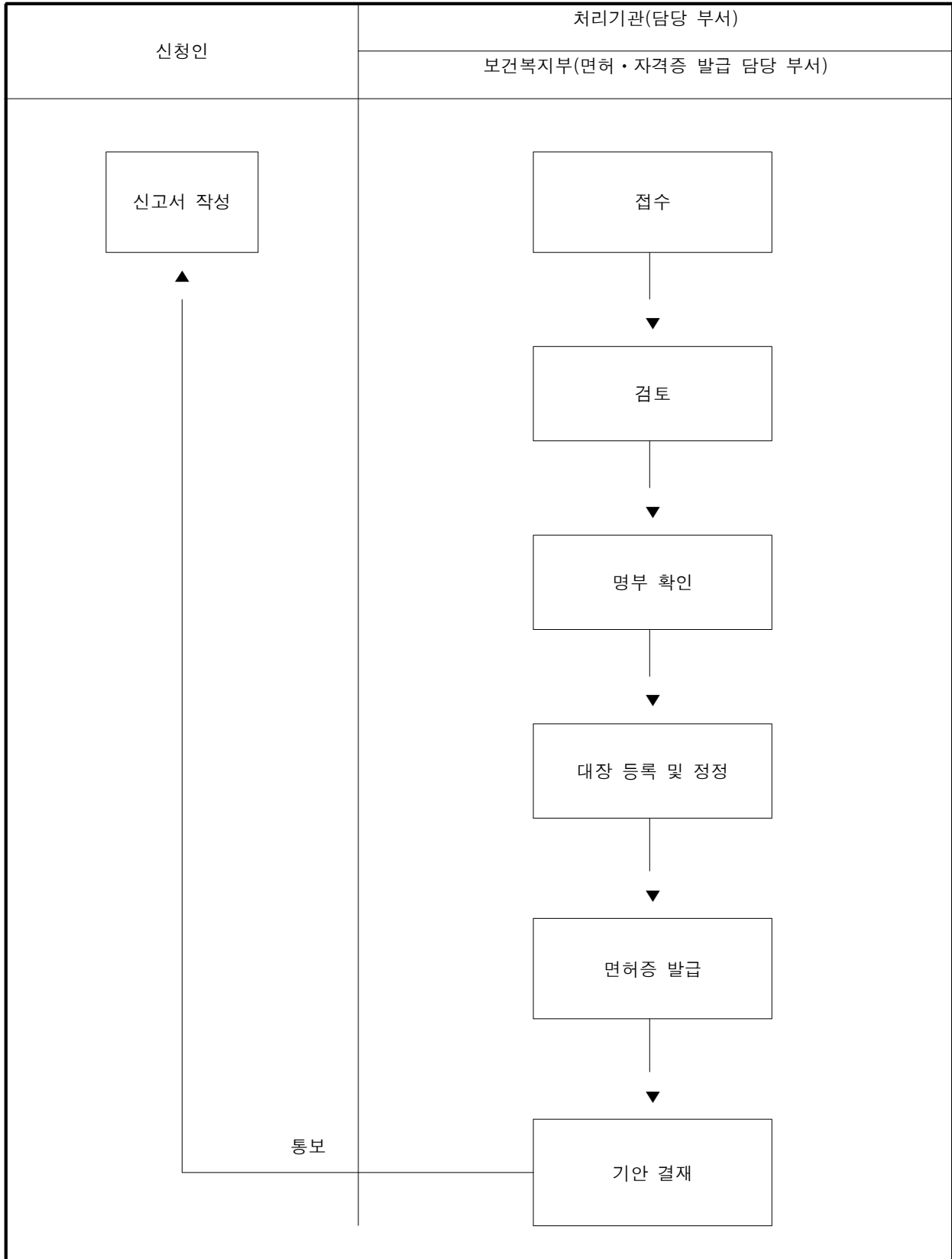
[별지1]

「의료법 시행규칙」 별지 서식

면허등록대장				<input type="checkbox"/> 정 정 <input type="checkbox"/> 면허증 갱신	신청서	처리기간
						7일
신청인	성 명		생년월일			사 진 (3.5cm×4.5cm)
	주 소				(전화:) (전자우편:)	
면허종류						
면허번호	제 호					
변경사항						
위와 같이 등록 사항(<input type="checkbox"/> 정정 <input type="checkbox"/> 면허증 갱신)을 신청합니다. <div style="text-align: right; margin-right: 200px;"> 년 월 일 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 신청인: (서명 또는 인) </div> <div style="margin-top: 20px;"> 보건복지부장관 귀하 </div>						
※ 구비서류 1. 면허증 2. 신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진(가로 3.5cm 세로 4.5cm) 2장 (면허증 갱신을 신청하는 경우에만 첨부한다) 3. 변경 사실을 증명할 수 있는 서류						
						수수료
						없 음

210mm×297mm(백상지 80g/m²)

()면허 재발급신청서						처리기간 5일
신청인	성명					사진 (3.5cm×4.5cm)
	주민등록번호					
	우송주소	□ □ □	-	□ □ □		
면허증	종류		번호		연월일	
자격증						
신청 사유 (해당 사유에 ○표시)		잃어버림, 주민등록번호 변경, 이름 바뀜, 혈어 못씀, 그 밖의 ()			수령방법 (○표시)	우송() 직접 인수()
<p>「의료법 시행규칙」 제6조에 따라 위와 같이 면허증의 재발급을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">신청인: (서명 또는 인) (전화번호:) (전자우편:)</p> <p>보건복지부장관 귀하</p>						
※ 구비서류					수수료	
1. 면허증이 혈어 못쓰게 된 경우에는 그 면허증 2. 사진(신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진, 가로 3.5cm 세로 4.5cm) 2장					면허자격별 수입인지: 2,000원	



210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

처방전 대리수령 신청서

대리 수령자	성명	연락처
	생년월일	전자우편(이메일)
	주소	환자와의 관계
환자	성명	연락처
	생년월일	전자우편(이메일)
	주소	
대리 수령 사 유		

「의료법」 제17조의2제2항 및 같은 법 시행규칙 제11조의2제1항에 따라 위와 같이 처방전 대리 수령을 신청합니다.

년 월 일

환자 또는 대리수령자

(서명 또는
인)

유의사항

1. 환자 또는 대리수령자가 아닌 사람이 처방전을 수령하는 등 「의료법」 제17조의2제2항을 위반하여 처방전을 수령하는 경우 같은 법 제90조에 따라 50만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.
 2. 신청인은 다음 각 목의 서류를 함께 제시해야 합니다.
 - 가. 대리수령자의 신분증 또는 그 사본
 - 나. 환자와의 관계를 증명할 수 있는 다음의 구분에 따른 서류
 - 1) 환자의 직계존속·비속, 직계비속의 배우자, 배우자, 배우자의 직계존속, 형제자매: 가족관계증명서, 주민등록표 등본 등 친족관계임을 확인할 수 있는 서류
 - 2) 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설에서 근무하는 사람: 노인의료복지시설에서 발급한 재직증명서
 - 3) 「장애인복지법」 제58조제1항제1호의 장애인 거주시설에서 근무하는 사람: 장애인 거주시설에서 발급한 재직증명서
- 다. 환자의 신분증 또는 그 사본. 다만, 「주민등록법」 제24조제1항에 따른 주민등록증이 발급되지 않은 만 17세 미만의 환자는 제외합니다.

처 방 전

[]건강보험 []의료급여 []산업재해보험 []자동차보험 []기타()

※ []에는 해당되는 곳에 "✓" 표시를 합니다.

요양기관기호:

발급 연월일 및 번호		년 월 일 - 제 호	의료 기관	명 칭		
환자		성 명		전화번호	() -	
		주민등록번호		팩스번호		
				전자우편		
질병 분류 기호	처방 의료인의 성명		(서명 또는 날인)		면허종류	
					면허번호	제 호

※ 환자가 요구하면 질병분류기호를 적지 않습니다.

처방 의약품의 명칭 및 코드	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	본인 부담률 구분코드	용 법
					매 식(전, 간, 후) 시 분 복용

주사제 처방명세([]원 내 조제, []원 외 처방)				조제 시	본인부담
				참고 사항	구분기호

사용기간 발급일부터 ()일간 사용기간 내에 약국에 제출하여야 합니다.

의약품 조제 명세

조제 명세	조제기관의 명칭		처방의 변경·수정·확인·대체 시 그 내용 등
	조제약사	성명 (서명 또는 인)	
	조제량 (조제일수)		
	조제연월일		

항목 설명

1. 본인부담률 구분코드: 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제4호 및 제6호에 따른 약제를 처방한 경우 본인이 부담할 비용의 부담률에 부여된 해당 구분코드를 적습니다.
(구분코드)
▪ A: 100분의 50 본인부담, B: 100분의 80 본인부담, D: 100분의 30 본인부담
▪ U: 건강보험(의료급여) 100분의100 본인부담, V: 보훈 등 100분의100 본인부담, W: 비급여(보훈만 해당)

2. 본인부담 구분기호: 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담 산정특례 대상 특정기호 등을 적습니다.

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 본인	성 명	연락처
	생년월일	전자우편 주소
	주 소	
신청인	성 명	환자와의 관계
	생년월일	연락처
	주 소	전자우편 주소
열람 및 사본 발급 범위	의료기관 명칭	
	진료기간	
	발급 사유	
	발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다)	
예시) 진료기록부 사본, 처방전 사본, 수술기록 사본, 검사내용 및 검사 소견기록의 사본, 방사선 사진(영상물 포함), 간호기록부 사본, 조산기록부 사본, 진단서 사본, 사망진단서 또는 시체검안서 사본 등		

본인(또는 법정대리인)은 위에 적은 신청인()이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인)

(자필서명)

진료기록 열람 및 사본발급 위임장

수임인	성 명	전 화 번 호
	생년월일(외국인등록번호)	위임인과의 관계
	주 소	전자우편 주소
위임인	성 명	전 화 번 호
	생년월일(외국인등록번호)	전자우편 주소
	주 소	

위임인은 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.

년 월 일

위임인

(자필서명)

[별지 제11호서식]

문서번호

(전화번호)

시행일자

수신

발신

(인)

제목 년도 보수교육계획서 제출

중앙회(단체)명		대표자 성명				
소재지		전화번호				
		전자우편 주소				
보수교육 실시기관명	교육예정 인원	교육과목	교육예정 시간	교육예정 일자	소요 예산	교육받는 사람의 경비부담액

210mm×297mm

신문용지(2급) 54g/m²

[별지 제12호서식]

문서번호

(전화번호)

시행일자

수신

발신

(인)

제목

년도 보수교육실적보고서 제출

중앙회(단체)명		대표자 성명		
소재지		전화번호		
		전자우편 주소		
면허자 수	보수교육 대상자 수	보수교육 이수자 수	보수교육 면제자 수	보수교육 미이수자 수
당초 보수교육계획의 주요 내용이 변경된 경우에는 그 변경 내용과 변경 사유				
1. 변경 내용				
당초		변경		
2. 변경 사유				

210mm×297mm

신문용지(2급) 54g/m²

의료기관 개설 []신고서 []신고사항 변경신고서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(5쪽 중 1쪽)

접수번호	접수일	처리기간	10일
------	-----	------	-----

[의료기관 현황]

의료 기관	명칭															종류					
	소재지															연락처 (전화)	(팩스)				
	요양기관기호(신규 개설시에는 적지 않습니다)															개설예정일	년	월	일		
설립 구분	01 국립	02공립				03법인										04 개인	05 군 병원	06 기타			
	[] 시도 립	[] 시군 구립	[] 지방 의료 원	[] 기타 공립	[] 학교 법인	[] 특수 법인	[] 종교 법인	[] 사회 복지 법인	[] 사단 법인	[] 재단 법인	[] 회사 법인	[] 의료 법인	[] 소비자 생활협동 조합	[] 사회적 협동 조합							

1. 종류란에는 해당 종류 기호를 적습니다(종류: 01의원 02치과의원 03한의원 04조산원).
2. 설립구분란에는 해당 구분코드 또는 []에 √ 표시합니다.
3. 요양기관기호란은 개설신고사항 변경신고시에만 작성하며, 건강보험심사평가원으로부터 부여받은 요양기관기호(8자리)를 적습니다.

[신고인(개설자) 현황]

법인	법인명			법인등록번호				소재지		연락처 (전화) (팩스)	
	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)	면허 종류	면허 번호	자격 종류	자격 번호	주소		연락처		
개설자 (대표자)									집	휴대전화	전자우편주소

[변경사항]

구 분	변 경 전	변 경 후	변경적용일
개 설 자			
개설자 부재로 인한 대진의 등 신고			
진료과목			
시 설			
명 칭			
의료인 수			
소재지 등			

「의료법 시행규칙」 제25조제1항 및 제26조제1항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

의료기관 개설 []허가신청서 []허가사항 변경신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(5쪽 중 1쪽)

접수번호	접수일	처리기간	10일
------	-----	------	-----

[의료기관 현황]

의료 기관	명칭	종류 <small>(요양병원인 경우에는 []일반 []장애인 의료재활 시설 중 해당 구분에 √ 표시합니다)</small>											
	소재지	연락처 <small>(전화) (팩스) (전자우편 주소)</small>											
	요양기관기호(신규 개설시에는 적지 않습니다)	개설예정일 <div style="text-align: right;">년 월 일</div>											
	종사자 수	의료인 명, 의료기사 명, 그 밖의 종사자 명											
설립 구분	01 국립	02공립	03법인	04 개인	05 군 병원	06 기타							
	[] 시도 립	[] 시군 구립	[] 지방 의료 원	[] 기타 공립	[] 학교 법인	[] 특수 법인	[] 종교 법인	[] 사회 복지 법인	[] 사단 법인	[] 재단 법인	[] 회사 법인	[] 의료 법인	[] 소비자 생활협동 조합

1. 종류란에는 해당 종류 기호를 적습니다(종류: 01종합병원 02병원 03치과병원 04한방병원 05요양병원 06정신병원)
2. 설립구분란에는 해당 구분코드 또는 []에 √ 표시합니다.
3. 요양기관기호란은 개설허가사항 변경신청 시에만 작성하며, 건강보험심사평가원으로부터 부여받은 요양기관기호(8자리)를 적습니다.

[신청인(개설자) 현황]

법인	법인명			법인등록번호			소재지		연락처 <small>(전화) (팩스)</small>	
	성명	주민등록번호 <small>(외국인등록번호)</small>	면허 종류	면허 번호	자격 종류	자격 번호	주소		연락처 <small>집 휴대전화 전자우편주소</small>	
개설자 (대표자)										

[변경사항]

구 분	변 경 전	변 경 후	변경적용일
개 설 자			
의료기관의 종류			
진료과목			
시 설			
명 칭			
의료인 수			
소재지 등			

「의료법 시행규칙」 제27조제1항 및 제28조제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

시·도지사 귀하

부속 의료기관 개설 []신고(변경신고)서 []허가(변경허가)신청서

* []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(1쪽/4쪽)

접수번호	접수일	처리기간	10일
------	-----	------	-----

[신고(신청)인(개설자) 현황]

기관명칭		소재지				종사자 수			
						명			
법인	법인명	법인등록번호				소재지		연락처 (전화) (팩스)	
	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)	면허 종류	면허 번호	자격 종류	자격 번호	주소	연락처 집 휴대전화 전자우편주소	
개설자 (대표자)									

[의료기관 현황]

의료 기관	명칭		종류 (요양병원인 경우에는 []일반 []장애인 의료재활 시설 중 해당 구분에 √ 표시합니다)												
	소재지		연락처 (전화)		(팩스)										
	요양기관기호(신규 개설시에는 적지 않습니다)		진료대상자 범위			개설 예정 연월일 년 월 일									
	종사자 수		의료인 명, 의료기사 명, 그 밖의 종사자 명												
설립 구분	01 국립	02공립				03법인							04 개인	05 군 병원	06 기타
	[] 시도 립	[] 시군 구립	[] 지방 의료 원	[] 기타 공립	[] 학교 법인	[] 특수 법인	[] 종교 법인	[] 사회 복지 법인	[] 사단 법인	[] 재단 법인	[] 회사 법인	[] 의료 법인	[] 소비자 생활협 동조합	[] 사회적 협동 조합	

1. 기관명칭은 원 소속기관의 명칭으로 작성합니다(예시: 의료기관 명칭이 “홍길동 전자 부속 의원” 인 경우 “홍길동 전자” 로 작성).
2. 종류란에는 해당 종류기호를 적습니다.
(종류: 01종합병원 02병원 03치과병원 04한방병원 05요양병원 06정신병원 07의원 08치과의원 09한의원 10조산원)
3. 설립구분란에는 해당 구분코드 또는 []에 √ 표시합니다.
4. 요양기관기호란은 변경신고(신청)시에만 작성하며, 건강보험심사평가원으로부터 부여받은 요양기관기호(8자리)를 적습니다.

[변경사항]

구 분	변 경 전	변 경 후	변경적용일
개 설 자			
개설자 부재로 인한 대진의 등 신고			
의료기관 종류			
진료과목			
시 설			
명 칭			
의료인 수			
소재지 등			

「의료법 시행규칙」 제32조에 따라 위와 같이 신고(신청)합니다.

신고인(신청인)

년 월 일
(서명 또는 인)

시·도지사, 시장·군수·구청장 귀하

수술 장면 촬영 요청서

요청인	성명	연락처
	생년월일	환자와의 관계
	주소	이메일
내용	환자성명	생년월일 또는 환자등록번호
	수술일시	수술명

「의료법」 제38조의2제2항 및 같은 법 시행규칙 제39조의11제2항에 따라 위와 같이 수술 장면의 촬영을 요청합니다.

년 월 일

요청인

(서명 또는 인)

유의사항

1. 수술실 폐쇄회로 텔레비전은 환자 또는 환자의 보호자가 요청하지 않을 때에는 촬영하지 않으며, 녹음은 환자 및 해당 수술에 참여하는 의료인 등 정보주체 모두의 동의를 받은 경우에만 가능합니다.
2. 촬영한 영상정보의 열람·제공은 아래의 경우에만 가능합니다.
 - 가. 범죄의 수사와 공소의 제기 및 유지, 법원의 재판업무 수행을 위하여 관계 기관이 요청하는 경우
 - 나. 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제6조에 따른 한국의료분쟁조정중재원이 의료분쟁의 조정 또는 중재 절차 개시 이후 환자 또는 환자 보호자의 동의를 받아 해당 업무의 수행을 위하여 요청하는 경우
 - 다. 환자 및 해당 수술에 참여한 의료인 등 정보주체 모두의 동의를 받은 경우
3. 요청인은 다음 각 목의 서류를 함께 제시해야 합니다.
 - 가. 촬영을 요청하는 자의 신분증 또는 그 사본
 - 나. 환자 본인의 동의서. 다만, 환자가 동의할 수 없는 상태임을 의뢰기관의 장이나 의료인이 확인한 경우에는 제시하지 않을 수 있습니다.
 - 다. 환자의 보호자임을 증명할 수 있는 서류

수술 장면 촬영 중 녹음 요청서

요청인	성명	연락처
	생년월일	환자와의 관계
	주소	이메일

「의료법」 제38조의2제3항 및 같은 법 시행규칙 제39조의13제1항에 따라 위와 같이 수술 장면 촬영 중 녹음 기능의 사용을 요청합니다.

년 월 일

요청인

(서명 또는 인)

유의사항

1. 의료기관의 장이나 의료인이 법 제38조의2제2항에 따라 수술을 하는 장면을 촬영하는 경우 녹음은 환자 및 해당 수술에 참여하는 의료인 등 정보주체 모두의 동의를 받은 경우에만 가능합니다. 의료인 등 정보주체가 모두 동의하지 않을 경우 녹음이 수술이 진행될 수 있으며, 수술 진행 중 응급으로 의료인이 교체되거나 추가 투입되는 등의 사유로 녹음 동의를 하지 않은 의료인이 수술에 참여하게 되는 경우에는 녹음이 중단될 수 있습니다.
2. 촬영한 영상정보와 녹음파일의 열람·제공은 아래의 경우에만 가능합니다.
 - 가. 범죄의 수사와 공소의 제기 및 유지, 법원의 재판업무 수행을 위하여 관계 기관이 요청하는 경우
 - 나. 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제6조에 따른 한국의료분쟁조정중재원이 의료분쟁의 조정 또는 중재 절차 개시 이후 환자 또는 환자 보호자의 동의를 받아 해당 업무의 수행을 위하여 요청하는 경우
 - 다. 환자 및 해당 수술에 참여한 의료인 등 정보주체 모두의 동의를 받은 경우

수술 장면 촬영 중 녹음 동의서

정보 주체	성 명	연락처	
	생년월일	이메일	
	주 소	소속기관 및 부서	직책

수집하려는 개인정보의 항목, 목적 및 보유·이용 기간	항목	[해당 수술 장면 촬영 중 음성정보(해당 수술의 정보도 함께 기재)]
	목적	(수술환자의 권리보호 등)
	보유·이용기간	[영상정보 보관 기간 (30일 이상)]

동의함

동의하지 않음

본인은 「개인정보 보호법」 제15조에 따라 동의를 거부할 권리가 있음을 알고 있습니다.

예

아니오

년 월 일

성명 (서명 또는 인)

영상정보 (열람 제공 보관연장) 요청서

요청인	성명	연락처
	생년월일	환자와의 관계
	주소	이메일

내용	열람·제공 또는 보관연장 요청하는 영상정보의 내용	(환자 성명, 수술명, 수술일시 등)
	열람·제공 또는 보관연장 요청의 목적 및 사유	
	열람·제공 방법 및 열람 일시	(영상을 열람 및 제공받는 방법과 원하는 시일을 기재)
	보관연장 요청기간	(보관연장을 요청하는 기간을 30일의 범위 내에서 기재)

「의료법 시행규칙」 제39조의15제2항 및 제39조의17제2항·제3항에 따라 위와 같이 영상정보 (열람 제공 보관연장)을 신청합니다.

년 월 일

요청인

(서명 또는 인)

유의사항

요청인은 다음의 서류를 함께 제시해야 합니다.

1. 「의료법」 제38조의2제5항제1호 또는 제2호에 따라 요청하는 기관은 해당 기관임을 증명하는 서류
2. 「의료법」 제38조의2제5항제3호에 따라 요청하는 자는 정보주체 모두가 작성한 별지 제20호의6서식의 영상정보 열람·제공 동의서
3. 「의료법 시행규칙」 제39조의17제2항·제3항에 따라 보관 연장을 요청하는 자는 법 제38조의2제5항 각 호에 해당하는 업무 절차 준비 및 진행 여부를 증명할 수 있는 서류

영상정보 (열람 제공) 동의서

정보 주체	성 명	연락처	
	생년월일	이메일	
	주 소	소속기관 및 부서	직책

영상정보 열람·제공 내용	영상정보를 열람·제공받는 자	
	열람·제공하려는 영상정보의 내용	(환자 성명, 수술명, 수술일시 등)
	열람·제공의 목적 및 사유	
	열람·제공받는 자의 영상정보 보유 및 이용기간	

동의함

동의하지 않음

본인은 「개인정보 보호법」 제17조에 따라 동의를 거부할 권리가 있음을 알고 있습니다.

예

아니오

년 월 일

성명 (서명 또는 인)

의료광고 자율심의기구 신고서

※ 뒤쪽의 작성방법을 읽고 작성하여 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

관리번호	처리기간	즉시
① 신고 기관	법인명	사업자등록번호
	성명(대표자)	생년월일
	전화번호	전자우편
	주소	

② 신고 내용

- 조직 기준(「의료법 시행령」 제24조제3항)

전산장비 구비 여부		사무실 구비 여부		전담부서 명칭	상근인력 인원수
여	부	여	부		

- 소비자단체 요건(「의료법 시행령」 제24조제4항) ※ 소비자 단체만 적습니다

「소비자기본법」 제29조에 따른 공정거래위원회 등 등록 단체 여부		단체 설립 목적 및 업무 범위에 의료 또는 광고 관련 내용이 포함되어 있는지 여부	
여	부	여	부

「의료법」 제57조제2항 및 같은 법 시행령 제24조제5항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

보건복지부장관

귀하

신고인 첨부서류	1. 공통서류 가. 의료광고 심의 등에 관한 업무 처리 전담부서 및 3명 이상의 상근인력 현황 나. 전산장비 및 사무실 구비 현황 2. 소비자단체 추가 제출서류 가. 「소비자기본법」 제29조에 따라 공정거래위원회에 등록된 소비자단체 등록증 사본 나. 소비자단체의 정관 사본	수수료 없음
-------------	---	-----------

210mm×297mm[백상지 80g/㎡ 또는 중질지 80g/㎡]

의료기관 [] 인증 [] 재인증 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 "√" 표시를 합니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	6개월
신청 의료기관	의료기관명		의료기관 종별
	요양기관 번호		
	개설자 성명(법인명)		
	소재지 (☎ -)		
담당자	성명	부서명	직책
	전화번호		팩스
	전자우편주소		
희망 조사기간	년 월 일부터 년 월 일까지		
서비스 품질 및 인증현황	서비스 품질 및 인증현황		인증일자
그 밖의 의견			

「의료법」 제58조의3제4항, 제58조의4제1항부터 제3항까지, 같은 법 시행규칙 제63조제1항, 제64조 제1항 및 제4항에 따라 의료기관 인증(재인증)을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

의료기관평가인증원장 귀하

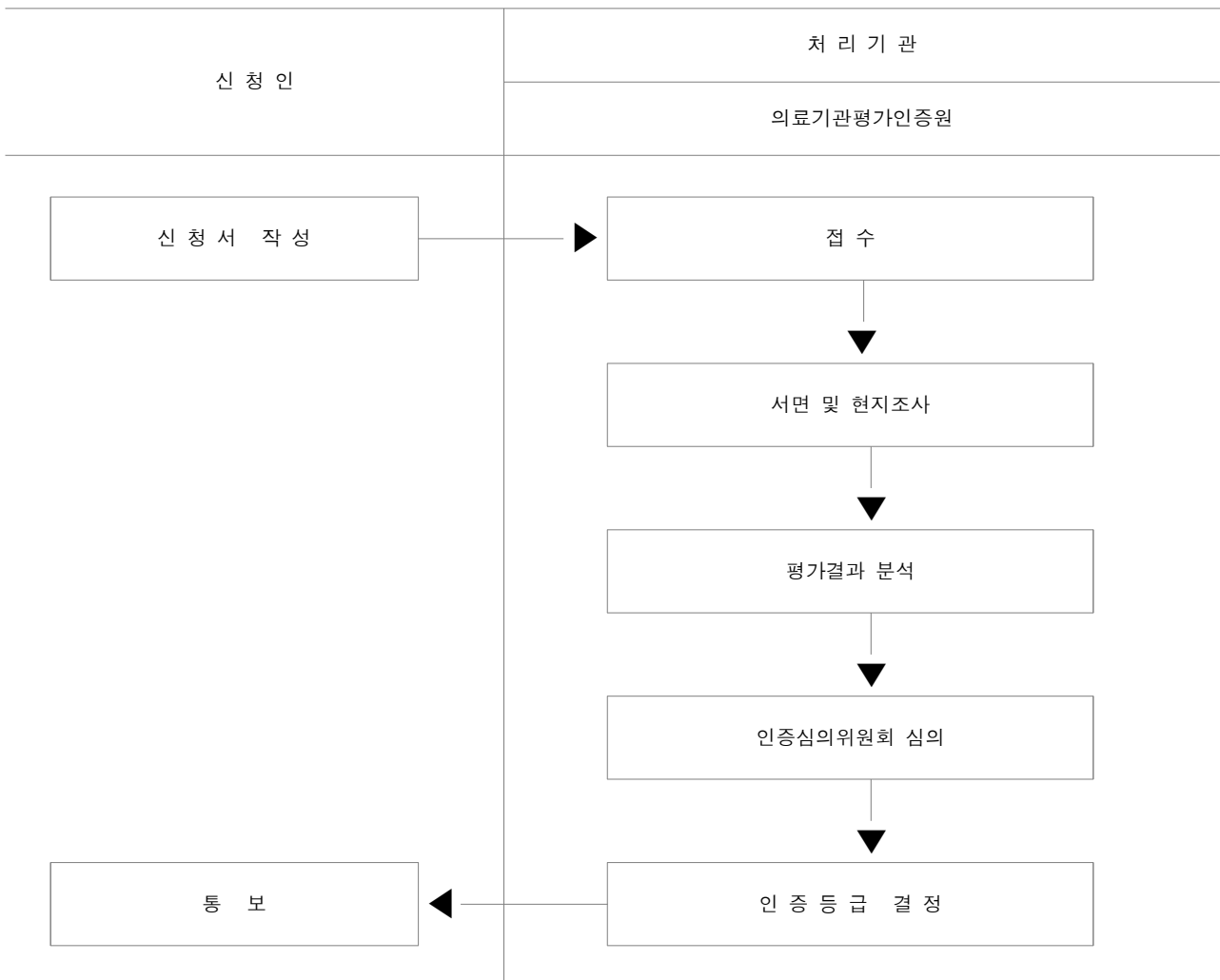
첨부서류	의료기관 운영현황
------	-----------

작성방법

1. 조건부인증을 받은 기관이 다시 인증을 신청하는 경우에는 재인증에 "√" 표시를 하십시오.
2. 희망 조사기간은 신청일로부터 6개월 이내의 기간으로 적습니다.
3. "그 밖의 의견"란에는 조사를 받을 수 없는 기간이나 사유 등 인증 조사기간 결정에 참고할 필요가 있는 내용을 적습니다.

처리절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.



이 의 신 청 서

접수번호	접수일	처리기간	30일
------	-----	------	-----

① 신청자	기관명(종별) 및 개설자
	주소
	전자우편 주소

② 평가결과 또는 인증등급의 내용 (공간 부족 시 별지 사용)

③ 평가결과 또는 인증등급을 통보받은(도달한) 날	년	월	일
-----------------------------	---	---	---

④ 이의신청의 취지와 사유 (공간 부족 시 별지 사용)

「의료법」 제58조의5제1항 및 같은 법 시행규칙 제64조의4제1항에 따라 위와 같이 의료기관평가인증원의 평가 결과 또는 인증등급 결정에 대하여 이의신청합니다.

년 월 일

신청인: _____ (서명 또는 인) 전화번호 _____

주 소 : _____

통보를 받은 자와의 관계: _____

의료기관평가인증원장 귀하

첨부서류	주장하는 사실을 증명할 수 있는 서류
------	----------------------

작성방법

- ① 인증을 신청한 의료기관명과 대표자 성명, 소재지 주소를 적습니다.
- ② 인증신청에 대한 의료기관평가인증원의 평가결과 또는 인증등급 등 이의신청의 대상이 되는 의료기관평가인증원의 구체적인 결정 통보내용을 적습니다.
- ③ 의료기관평가인증원의 결정 통보를 받은 연·월·일을 적습니다.
- ④ 의료기관평가인증원에 대하여 이의신청을 하는 사유와 그 사유를 증명할 수 있는 법률상 및 사실상의 근거가 되는 내용을 적습니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

의료기관 인증서 재발급 신청서

접수번호	접수일	처리기간
		3일
신청 의료 기관	의료기관명	요양기관기호
	개설자 성명(법인명)	홈페이지
	소재지 (☎ -)	전자우편 주소
연락처	담당자 성명	부서/직위
	전화번호	팩스번호

재발급 신청 사유

「의료법 시행규칙」 제64조의5제2항에 따라 위와 같이 인증서 재발급을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

의료기관평가인증원장 귀하

첨부서류	1. 의료기관 인증서(의료기관 인증서를 잃어버린 경우는 제외합니다) 2. 증명서류(의료기관의 개설자가 변경된 경우만 해당합니다)
------	--

의료법인 설립허가신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	30일
신청인	성명	생년월일	
	주소	전화번호	
	전자우편		
설립될 의료법인	명칭		
	소재지	전화번호	
	대표자 성명	대표자 생년월일	
	주소		

「의료법 시행령」 제19조 및 같은 법 시행규칙 제48조에 따라 위와 같이 법인 설립 허가를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 날인)

시·도지사 귀하

신청인 제출서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의료법인을 설립하려는 자(이하 "설립발기인"이라 한다)의 성명·주소·약력(설립발기인이 법인 또는 조합인 경우에는 그 명칭·소재지, 대표자의 성명·주소와 정관 또는 조합 규약 및 최근의 사업활동)을 적은 서류 2. 설립취지서 3. 정관 4. 재산의 종류·수량·금액 및 권리관계를 적은 재산목록(기본재산과 보통재산으로 구분하여 적습니다) 및 기부신청서(기부자의 재산을 확인할 수 있는 서류를 첨부하되, 시·도지사가 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 첨부서류에 대한 정보를 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 갈음합니다) 1부 5. 부동산·예금·유가증권 등 주된 재산에 관한 등기소·금융기관 등의 증명서 6. 사업 시작 예정 연월일과 해당 사업연도 분(分)의 사업계획서 및 수지예산서 7. 임원 취임 예정자의 이력서(가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터의 사진을 첨부합니다)·취임 승낙서 및 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」 제15조제1항제2호에 따른 기본증명서 8. 설립 발기인이 둘 이상인 경우 그 대표자가 신청하는 경우에는 나머지 설립 발기인의 위임장 	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	건물 등기사항증명서와 토지 등기사항증명서	

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

의료법인 정관변경 허가신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	7일
법인	법인명	대표자성명	
	소재지		
(전화번호 :)			
(전자우편 :)			
정관 변경내용 및 사유	변경전의 조문	변경후의 조문	변경사유

「의료법 시행령」 제21조 및 같은 법 시행규칙 제51조에 따라 정관을 변경하려 하니 허가하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관
시·도지사 귀하

신청인 제출서류	1. 정관변경이유서 1부. 2. 정관개정안(신·구 정관의 조문대비표를 첨부하여야 합니다) 1부. 3. 정관 변경에 관한 이사회 회의록 1부. 4. 정관변경에 따라 사업계획 및 수지예산에 변동이 있는 경우에는 그 변동된 사업계획서 및 수지예산서(신·구대비표를 첨부하여야 합니다) 1부	수수료 없음
-------------	--	-----------

기본재산 처분허가신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간	7일
법인	법인명	대표자성명	
	소재지		(전화번호 :) (전자우편 :)
처분재산의 표시	종류	규모	평가가액
처분종류	[]매도 []증여 []임대 []교환 []담보제공		
처분사유 및 용도			
처분방법			
감소된 재산의 보충방법			

「의료법」 제48조제3항, 같은 법 시행령 제21조 및 같은 법 시행규칙 제54조에 따라 위와 같이 의료법인 기본재산을 처분하려 신청하니 허가하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관
시·도지사

귀하

신청인 제출서류	1. 공통서류 가.. 이유서 1부. 나. 처분재산의 목록 및 감정평가서(교환의 경우에는 쌍방의 재산에 관한 것이어야 합니다) 1부. 다.. 이사회의 회의록 1부. 라. 처분의 목적, 용도, 예정금액, 방법과 처분으로 인하여 감소될 재산의 보충 방법 등을 적은 서류 1부. 마.. 처분재산과 전체재산의 대비표 1부. 2. 담보제공자의 추가 제출서류 가. 상환방법 및 상환계획 1부. 나. 피담보채권액 및 담보권자 각 1부. 다. 법인 부채현황 및 부채잔액증명원 1부.	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	건물 등기사항증명서와 토지 등기사항증명서	

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 증질지(80g/㎡)]

[별지2]

「간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙」 별지 서식

■ 간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙 [별지 제6호서식]

[]간호조무사자격증 [] 재발급
 []의료유사업자자격증 [] 자격증명 신청서
 [] 자격증 기재사항 정정

접수번호	접수일	발급일	처리기간 5일
신청인	성명	사 진 (3.5cm×4.5cm)	
	생년월일		
	주소		
	전자우편		
자격증	자격증 번호		
	발급일자		
자격증 기재사항 정정 내용			

「간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙」 제11조제1항에 따라 위와 같이 자격증 재발급, 자격증명 또는 자격증 기재사항 정정을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부 장관(또는 시·도지사) 귀하

첨부서류	1. 헤어 못쓰게 된 경우: 자격증 원본	수수료
	2. 자격증 기재사항을 정정하려는 경우: 자격증 기재사항을 정정할 필요가 있음을 증명하는 자료	
	3. 사진(제출일 기준 6개월 이내에 모자를 벗은 상태에서 배경 없이 촬영된 상반신 컬러사진으로 규격은 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터로 합니다) 2장	수입인지(수입증지) 원

210mm×297mm(일반용지 60g/m²)

간호조무사 교육훈련기관 지정신청서

접수번호	접수일			
신청기관	기관명			
	소재지	전화번호		
	대표자(생년월일)			
	담당자	성명	부서명	직책
		전화번호		팩스
		전자우편주소		

「의료법」 제80조제2항 및 「간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙」 제12조제2항에 따라 위와 같이 간호조무사 교육훈련기관 지정을 위한 평가 및 간호조무사 교육훈련기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관

귀하

보수교육 [] 면제 [] 유예 신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 5일
신청자	성명	자격증 번호	
	연락처 (휴대전화)	전자우편	

신청사유	면제·유예 신청 대상 연도		
	면제사유(「간호조무사 및 의료유사업자 규칙」 제15제1항) <input type="checkbox"/> 1. 간호학을 전공하는 대학이나 전문대학(구제 전문학교와 간호학교를 포함합니다) 재학생 <input type="checkbox"/> 2. 「간호조무사 및 의료유사업자 규칙」 제9조에 따라 자격증을 발급받은 신규 자격 취득자 <input type="checkbox"/> 3. 그 밖에 보건복지부장관이 보수교육에 상응하다고 인정하는 교육을 받은 사람 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람		
	유예사유(「간호조무사 및 의료유사업자 규칙」 제15조제2항) <input type="checkbox"/> 1. 본인의 질병 <input type="checkbox"/> 2. 그 밖의 불가피한 사유		

「간호조무사 및 의료유사업자 규칙」 제15조제3항에 따라 위와 같이 보수교육의 면제 또는 유예를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	보수교육 면제 또는 유예의 사유를 증명할 수 있는 서류
------	--------------------------------

210mm×297mm(백상지 80g/m²)

[별지3]

「경제자유구역내 외국의료기관의 개설허가절차
등에 관한 규칙」 별지 서식

■ 경제자유구역내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙 [별지 제1호서식]
 Rules on the Permission Procedures, etc. of the Establishment of Foreign Medical Institutions in Free Economic Zones [Annex form No. 1]

외국의료기관 개설허가 신청서

Application Form for the Establishment Permission of Foreign Medical Institution

(앞 쪽)
(front page)

접수번호 Receipt No.	접수일 Receipt date	처리기간 Duration of process	90일 90 days
---------------------	---------------------	-----------------------------	----------------

의료기관 Medical Institution	명칭 Name	종류 Type		
	소재지 Place of location	전자우편 E-mail		
	진료과목 Clinical Departments			
	종사자 수 No. of employees	의료인 No. of medical professionals	의료기사 No. of medical technicians	그 밖의 종업원 No. of other employees
	총 명 persons in total	명 persons	명 persons	명 persons
입원실 No. of admission rooms	실	병상 수 No. of beds	개	

신청인 (개설자) Applicant (person who intends to establish the institution)	성명 (법인명) Name (Name of the Corporation)	주민등록번호 (외국인등록번호) Resident Registration Number (Foreigner Registration Number)	
	주소 (소재지) Address (place of location)		
	면허 종류 Type of licence	면허번호 제 호 No. of licence	개설 예정일 Expected date to establish the institution

「경제자유구역의 지정 및 운영에 관한 특별법」 제23조 및 「경제자유구역 내 외국의료기관의 개설 허가절차 등에 관한 규칙」 제2조제1항에 따라 위와 같이 신청합니다.

I hereby make an application according to the Article 23 of the 「Special Act on Designation and Management of Free Economic Zones」 and the Article 2 Paragraph 1 of the 「Rules on the Permission Procedures, etc. of the Establishment of Foreign Medical Institutions in Free Economic Zones」.

년 Year 월 Month 일 Day

신청인
Applicant

(서명 또는 인)
(Signature or stamp)

보건복지부장관 귀하
 Addressed to **Minister of Health and Welfare**

첨부서류 Required documents	뒤쪽 참조 Refer to back page	수수료 없음 No fees charged
----------------------------	-----------------------------	------------------------------

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

■ 경제자유구역 내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙 [별지 제3호서식]
 Rules on the Permission Procedures, ect. of the Establishment of Foreign Medical Institutions in Free Economic Zones [Annex form No. 3]

외국의료기관 개설허가 사전심사 청구서

Application Form for Preliminary Review of the Establishment Permission of Foreign Medical Institution

접수번호 Receipt No.	접수일 Receipt date	처리기간 Duration of process	60일 60 days
---------------------	---------------------	-----------------------------	----------------

청구인 Applicant	성명 (법인명) Name (Name of the corporation) 주소 Address	전화번호 Phone No. 전자우편 E-mail
주된 소재지 또는 위치 Place of location		
주된 행위의 목적과 내용 Services to be provided and purpose		
그 밖의 주요 사항 Other information		

「민원사무처리에 관한 법률」 제19조제1항 및 「경제자유구역 내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙」 제3조에 따라 외국의료기관 개설허가 사전심사를 청구합니다.

I hereby make an application for preliminary review of the establishment permission of foreign medical institution pursuant to the Article 19 Paragraph 1 of the 「Civil Petitions Treatment Act」 and the Article 3 of the 「Rules on the Permission Procedures, ect. of the Establishment of Foreign Medical Institutions in Free Economic Zones」 .

년 Year 월 Month 일 Day

청구인 Applicant

(서명 또는 인) / (Signature or stamp)

보건복지부장관 귀하

Addressed to **Minister
of Health and Welfare**

첨부서류 Required documents	사업계획서 Business plan	수수료 없음 No fees charged
----------------------------	---------------------	------------------------------

처리절차 Process



청구인
Applicant

처리기관: 보건복지부
Processing organization: Ministry of Health and Welfare

210mm × 297mm [백상지 80g/㎡]

[별지4]

「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 별지
서식

상급종합병원 지정 신청서

접수번호	접수일	처리기간	6개월	
신청 의료기관	의료 기관명		요양기관 번호	
	대표자 성명(생년월일)		법인명 (의료기관 개설자가 법인인 경우)	
	소재지 (☉ -)			
	담당자	성명	부서명	직책
		전화번호		팩스번호
전자우편주소				

「의료법」 제3조의4 및 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 제3조에 따라 위와 같이 상급종합병원으로 지정받고자 신청합니다.

년 월 일

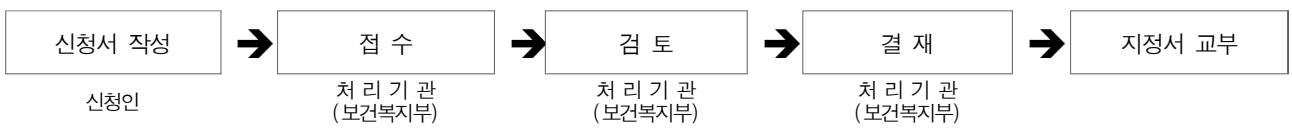
신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 첨부서류	1. 시설 현황 2. 장비 현황 3. 의료인력 현황	수수료 없음
-------------	------------------------------------	-----------

처리절차



[별지5]

「안마사에 관한 규칙」 별지 서식

안마사 자격인정 신청서

(앞쪽)

접 수 번 호	접수일	처리기간	7일
신 청 인	성 명		생년월일
	주 소		
	전자우편		
교육 및 수련 이 수 현 황	교 육	년 월 일	학교 졸업
	수 련	년 월 일	수련과정 이수

「안마사에 관한 규칙」 제3조제1항에 따라 안마사의 자격인정을 받기 위하여 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

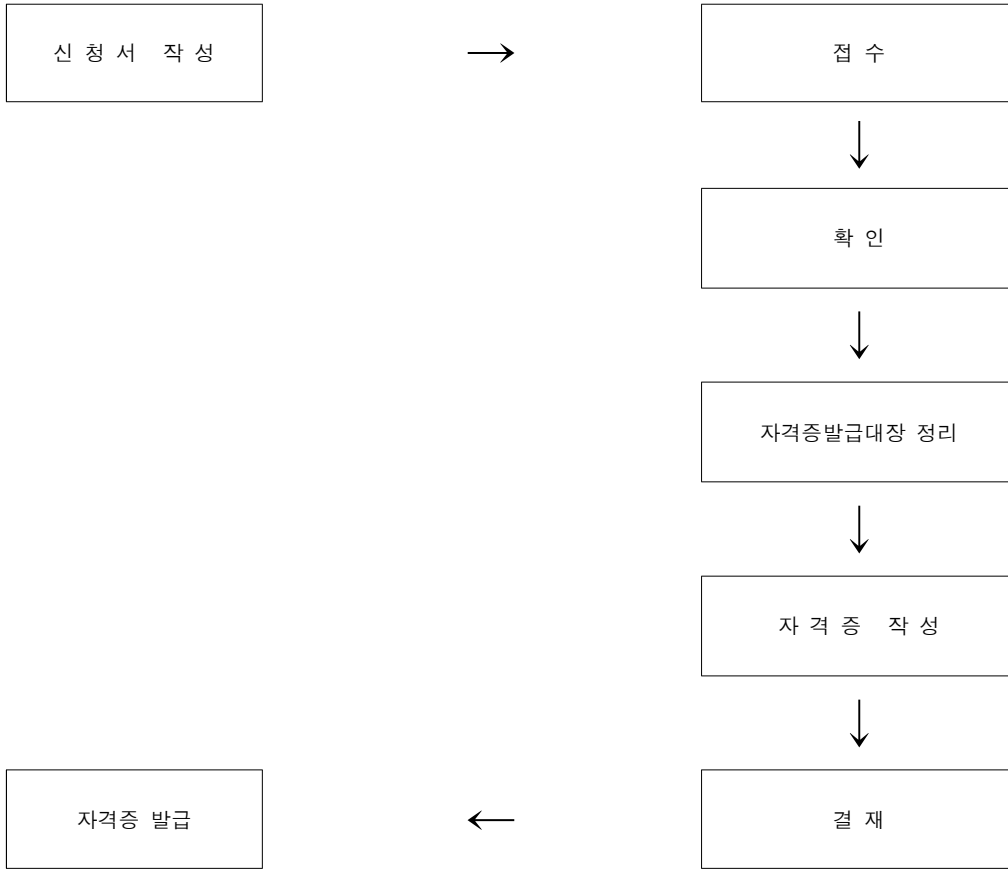
시·도지사 귀하

첨부서류	1. 「의료법」 제82조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자임을 증명하는 서류 2. 「의료법」 제8조제1호 및 제2호에 해당하는 자가 아님을 증명하는 의사의 진단서 3. 사진 2장(신청 전 6개월 이내에 촬영한 탈모 정면 상반신 반명함판)	수수료 없 음
------	---	------------

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

(뒤쪽)

신 청 인		처 리 기 관
		시 · 도



안마사 자격증 재발급신청서

(앞쪽)

접 수 번 호	접수일			처리기간	즉 시
신 청 인	성 명		생년월일	-	
	주 소				
	전자우편				
자격증 번호	제 호	자격증 발급일자	. . .		
신 청 사 유					

「안마사에 관한 규칙」 제4조에 따라 위와 같이 안마사 자격증 재발급을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

시·도지사 귀하

첨부서류	1. 자격증 원본(자격증이 헐어 못쓰게 된 경우에만 해당됩니다) 2. 사진 2장(신청 전 6개월 이내에 촬영한 탈모 정면 상반신 반명함판)	수수료 없 음
------	--	------------

<input type="checkbox"/> 안마시술소 <input type="checkbox"/> 안 마 원						
개설에 관한 의견서						
개 설 자	안마시술소 (안마원) 명			자격증 번호		
	성 명			생년월일		
	주 소	(전화번호:)				
	소 재 지	(전화번호:)				
	전 자 우 편					
시 설 규 모	연 면 적(m ²)			부 대 시 설(m ²)		
	계	안마시술소 (안마원)	부대시설	발 한 실	휴 게 실	기 타
개 설 자 금	총 액		자 기 자 금		타 인 자 금	
	천원		천원		천원	
의 견	<input type="checkbox"/> 안마사 직영업소임 <input type="checkbox"/> 안마사 자격증 대여업소임					
<p>위의 사실이 틀림 없음을 확인합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">사단법인 대한안마사협회장 (인)</p>						

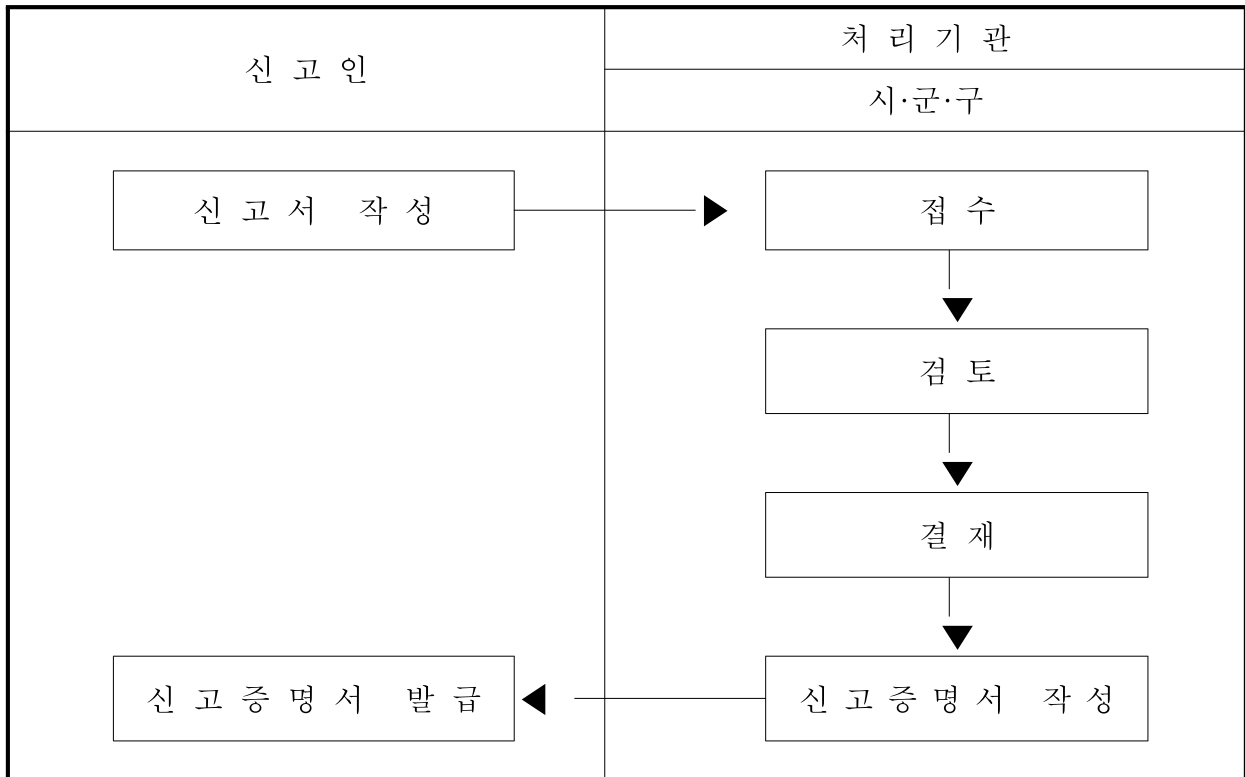
[별지6]

「의료기관세탁물 관리규칙」 별지 서식

의료기관세탁물 처리업			<input type="checkbox"/> 신고서 <input type="checkbox"/> 변경신고서		처리기간 7 일
대표자	성명		생년월일		
	주소	(전화번호: _____) (e-mail : _____)			
업소명칭					
업소소재지				전화번호	
				면적	m ²
변경사항	변경전				
	변경후				
<p style="text-align: center;">「의료기관세탁물 관리규칙」 제7조제1항 및 제3항에 따라 의료기관세탁물 처리업을 하기 위하여 위와 같이 신고(변경신고)합니다.</p> <p style="text-align: center;">_____년 _____월 _____일</p> <p style="text-align: right;">신고인 _____ (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: left;">시장·군수·구청장 귀하</p>					
※ 구비서류 가. 신고의 경우: 시설 및 장비 명세서 1부, 작업장 평면도(기계·기구의 배치 내용을 포함합니다) 1부 나. 신고사항의 변경신고의 경우: 의료기관세탁물 처리업 신고증명서, 변경사항을 확인할 수 있는 서류					수수료 없음

이 신고서는 아래와 같이 처리됩니다.

(뒷면)



의료기관세탁물 처리업 신고증명서

대표자	성 명		생년월일	
	주 소			
		(전화번호:)		
		(e-mail :)		
업 소 명 칭				
업소 소재지			전화번호	
			면 적	m ²
조 건				
<p>「의료기관세탁물 관리규칙」 제7조제2항에 따라 의료기관세탁물 처리업 신고증명서를 발급합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">시장·군수·구청장 직인</p>				

210mm×297mm[보존용지(1종)120g/m²]

(뒷면)

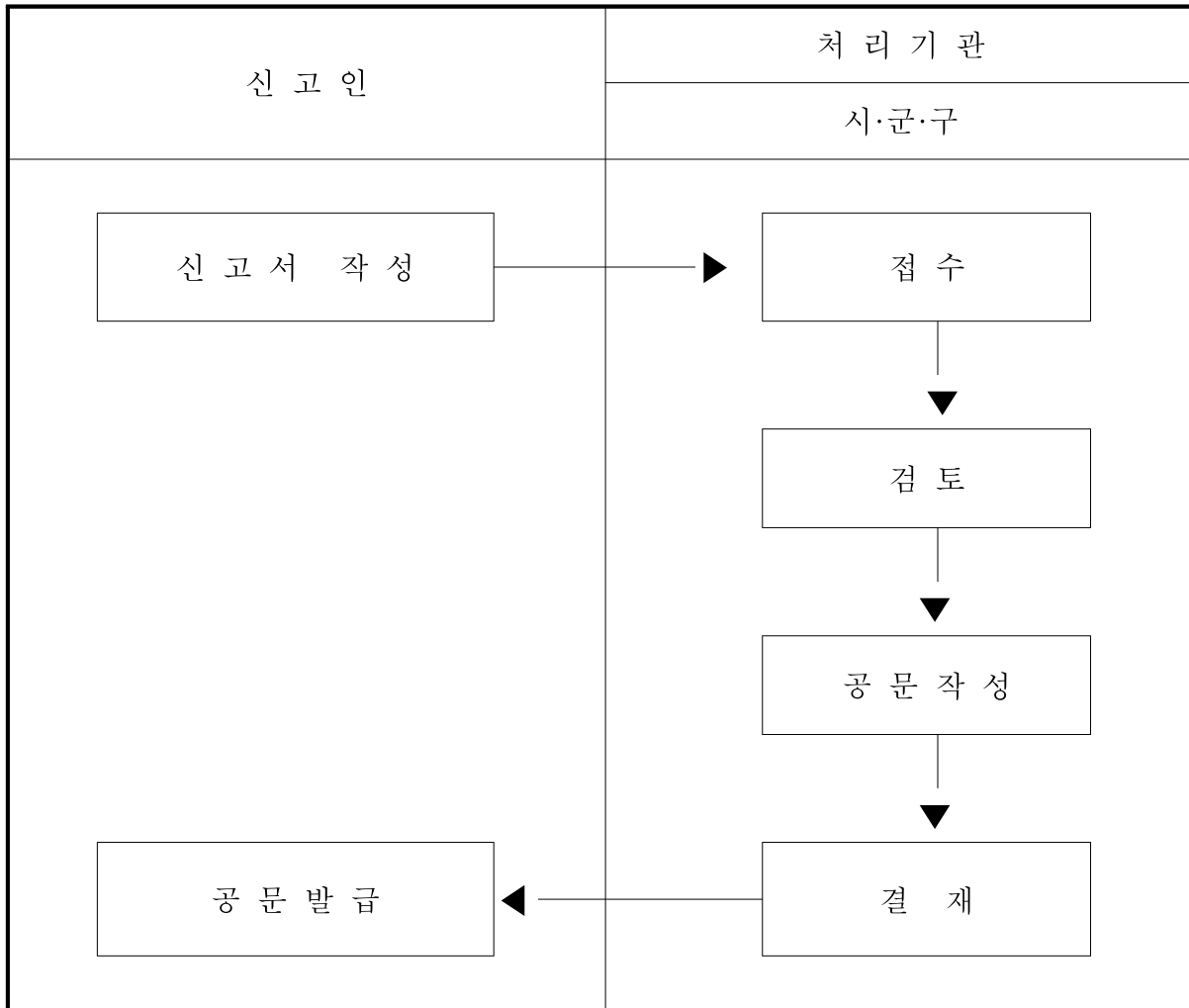
신고사항 변경내용		
연 월 일	변 경 내 용	확 인 (서명 또는 인)

<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>의료기관 세탁물처리업</p> <p><input type="checkbox"/> 휴업</p> <p><input type="checkbox"/> 재개업</p> <p><input type="checkbox"/> 폐업</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>신고서</p> </div> </div>			
대표자	성명		생년월일
	주소	(전화번호:) (e-mail :)	
업소명칭			
업소소재지			전화번호
			면적 m²
휴·폐업 사유			
휴·폐업 재개업 일자			
<p>「의료기관세탁물 관리규칙」 제7조제5항에 따라 위와 같이 신고합니다.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 년 월 일 </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 신고인: _____ (서명 또는 인) </p> <p style="margin-top: 40px;">시장·군수·구청장 귀하</p>			

210mm×297mm[일반용지 60g/m²(재활용품)]

이 신고서는 아래와 같이 처리됩니다.

(뒷면)



세탁물 처리업자 세탁물 처리실적보고서

처리기관	명 칭		연락처	(전화번호) (팩스번호) (e-mail)
	주 소			
	담당부서		담당자 성명	

() 년도 의료기관세탁물 처리실적 내역

의료기관 종 류	수탁 의료기관 수	종류별 처리량(kg)				비고
		계	침구류	의류	기타	
계						
종합병원						
병원						
치과병원						
한방병원						
요양병원						
정신병원						
의원						
치과의원						
한의원						
조산원						

「의료기관세탁물 관리규칙」 제9조에 따라 세탁물처리업자 세탁물 처리실적을 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

업체명:

대표자:

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

의료기관세탁물 처리실적보고서

의료기관	명 칭		연락처	(전화번호) (팩스번호) (전자우편 주소)
	주 소			
	담당부서		담당자 성명	

() 년도 의료기관세탁물 처리실적 내역

세탁물의 종류	세탁물 발생량(kg)	세탁물 처리량(kg)		비고
		자체 처리량	위탁 처리량	
계				
침구류				
의류				
기타				

「의료기관세탁물 관리규칙」 제9조에 따라 의료기관세탁물 처리실적을 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

의료기관명:

의료기관장:

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

[별지7]

「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」 별지 서식

[별지 제1호서식]

전문간호사 교육기관 지정 신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 60일
------	-----	-----	----------

교육기관	기관명	
	소재지	(전화번호 :)
	전자우편	

지정요구사항	과목별 교육생 정원 신청 인원	보건	마취
		정신	가정
		감염관리	산업
		응급	노인
		중환자	호스피스
		중양	임상
		아동	
	교육시작 예정일		

「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」 제5조제2항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류

1. 교수요원(전공전임교수 및 실습지도 겸직교수)의 성명과 이력이 적혀 있는 서류
2. 실습협약기관 현황 및 협약 약정서
3. 교육계획서 및 교과과정표
4. 해당 전문간호사 교육과정에 사용되는 시설 및 장비 현황

수수료
없음

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡)

전문간호사과정 교육생 정원변경 신청서

접수번호	접수일	처리기간 60일
------	-----	----------

교육기관	기관명
	소재지 (전화번호 :)
	전자우편

변경요구사항	과목별 변경요구 교육생정원	보건	마취
		정신	가정
		감염관리	산업
		응급	노인
		중환자	호스피스
		종양	임상
		아동	
	변경요구사유		

「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」 제6조제2항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류

1. 교수요원(전공전임교수 및 실습지도 겸직교수)의 성명과 이력이 적혀 있는 서류
2. 실습협약기관 현황 및 협약 약정서
3. 교육계획서 및 교과과정표
4. 해당 전문간호사 교육과정에 사용되는 시설 및 장비 현황

수수료
없음

210mm×297mm(일반용지 60g/m²)

전문간호사과정 교육생 모집현황 보고서

교육기관	기관명
	소재지 (전화번호 :)
	전자우편

모집 현황	모집 완료일		
	교육생 모집 현황	보건	마취
		정신	가정
		감염관리	산업
		응급	노인
		중환자	호스피스
		종양	임상
		아동	

「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」 제7조의2제1항에 따라 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

보고자 기관장

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류 전문과목별 교육생 명단 각 1부

210mm×297mm(일반용지 60g/m²)

[별지 제4호의3서식]

전문간호사과정 교육생 수료현황 보고서

교육기관	기관명
	소재지 (전화번호 :)
	전자우편

수료현황	모집 완료일		
	수료일		
	교육생 수료현황	보건	마취
		정신	가정
		감염관리	산업
		응급	노인
		중환자	호스피스
		종양	임상
아동			

「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」 제7조의2제2항에 따라 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

보고자 기관장

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류 전문과목별 수료생 명단 각 1부

210mm×297mm(일반용지 60g/m²)

■ 전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙 [별지 제5호서식]

응 시 원 서 (년 제 회 전문간호사 자격시험) 년 제 회 전문간호사 자격시험에 응시하기 위하여 원서를 제출합니다.					
수험 번호		면허 번호		면허 취득일	
성명	(한글)	(한문)		응시 분야	사 진 3.5cm×4.5cm ※ 원서 제출 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면 사진 (인터넷 접수시 50킬로바이트 이하 jpg파일)
생년월일			응시 구분	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">1차 응시</div> <div style="margin-left: 10px; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">1차 면제</div>	
현주소					
전자우편					
국적		자택전화		긴급연락	
학력	구분	취득 연월일		수여대학	
	학사				
	석사				
	박사				
교육 과정	교육기간		교육기관	등록번호	
위의 본인은 년 제 회 전문간호사 자격시험 응시자로서 위의 기재사항은 사실과 틀림 없음을 확인하며, 만일 기재 사실이 거짓으로 판명되었을 때에는 수험의 정지, 합격의 무효 또 는 자격인정 취소 처분을 받아도 이의를 제기하지 아니할 것을 서약합니다.					
년 월 일 성명 (서명 또는 인)					
○○○○○○장 귀하					

수험번호	면허번호	수험표 제 회전문간호사 자격시험		사 진 3.5cm×4.5cm ※ 원서 제출 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면 사진 (인터넷 접수시 50킬로바이트 이하 jpg파일)
성명		생년월일		
응시구분	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">1차 응시</div> <div style="margin-left: 10px; border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">1차 면제</div>	응시분야		
※ 주의: 이 수험표는 필기시험(1차), 실기시험(2차) 시에 반드시 휴대하여야 함.				
년 월 일 ○○○○○○장(직인)				

※ 전문간호사 자격시험 응시원서는 인터넷 신청이 가능합니다.

※ 자세한 사항은 한국간호평가교육원 홈페이지(<http://www.kabone.or.kr>)를 참조하시기 바랍니다.

210mm×297mm[백상지 80g/m²]

[별지8]

「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」 별지
서식

전문병원 지정신청서

접수번호	접수일	처리기간	180일	
신청 의료기관	의료기관명		요양기관기호	
	소재지		전화번호	
	개설자(생년월일)		지정신청 질환 또는 진료과목명	
	담당자	성명	부서명	직책
		전화번호		팩스
전자우편				

「의료법」 제3조의5 및 「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」 제3조에 따라 위와 같이 전문병원으로 지정받고자 신청합니다.

년 월 일

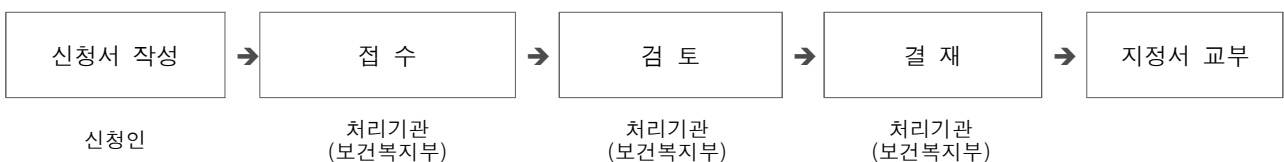
신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 시설현황 1부. 2. 인력현황 1부. 3. 전문병원 운영계획서 1부. 4. 「의료법 시행규칙」 제64조의5제1항에 따른 의료기관 인증서 사본 1부.	수수료 없음
------	--	---------------

처 리 절 차



[별지9]

「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한
규칙」 별지 서식

■ 진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙 [별지 제1호서식]

진단용 방사선 발생장치의 설치 및 사용 재사용 신고서

(앞쪽)

접수번호	접수일	발급일	처리기간 3 일
------	-----	-----	----------

신고인	의료기관 명칭	요양기관기호
	소재지 (전화번호/팩스번호: _____)	
	개설자 성명	개설자 생년월일
	개설자 전자우편(e-mail)	
	안전관리책임자 성명	안전관리책임자 생년월일
	안전관리책임자 전자우편(e-mail)	

설치인	설치자 성명	회사명
	전자우편(e-mail)	
	설치일자	전화번호

신고 대상 장치 내용	용도	상태 <input type="checkbox"/> 신제품 <input type="checkbox"/> 중고품
	형태 <input type="checkbox"/> 이동형 <input type="checkbox"/> 거치형	판매회사 및 판매자 (판매회사 및 판매자는 중고품인 경우에만 작성합니다)
	적용배제 여부 <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 해당 없음	

장비 명칭	형식 및 모델			검사 연월 일	검사 회사 및 검사자	제조 번호	제조 연월 일	제조 사	제조 국	장비 번호	허가 (신고) 번호	도입 형태	구입 일	구입 금액	의료장비 바코드
	X-선 튜브	제어 장치	고전압 발생장치												

1. 장비번호: 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」 별표1의 장비번호를 적습니다.
2. 허가(신고)번호: 식품의약품안전처 의료기기 제조(수입) 허가번호를 적습니다.
3. 도입 형태는 1. 구입, 2. 임차(리스), 3. 기증 중 선택하여 작성합니다.
4. 구입금액은 구입 당시의 금액으로, 대한민국 통화단위(원, ₩)를 사용하여 작성합니다(외국에서 구입 시 당시 환율로 환산).
5. 의료장비 바코드: 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」에 따라 건강보험심사평가원장이 부여한 고유 식별 번호(31자리)를 적습니다.

「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제3조제1항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인 : (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

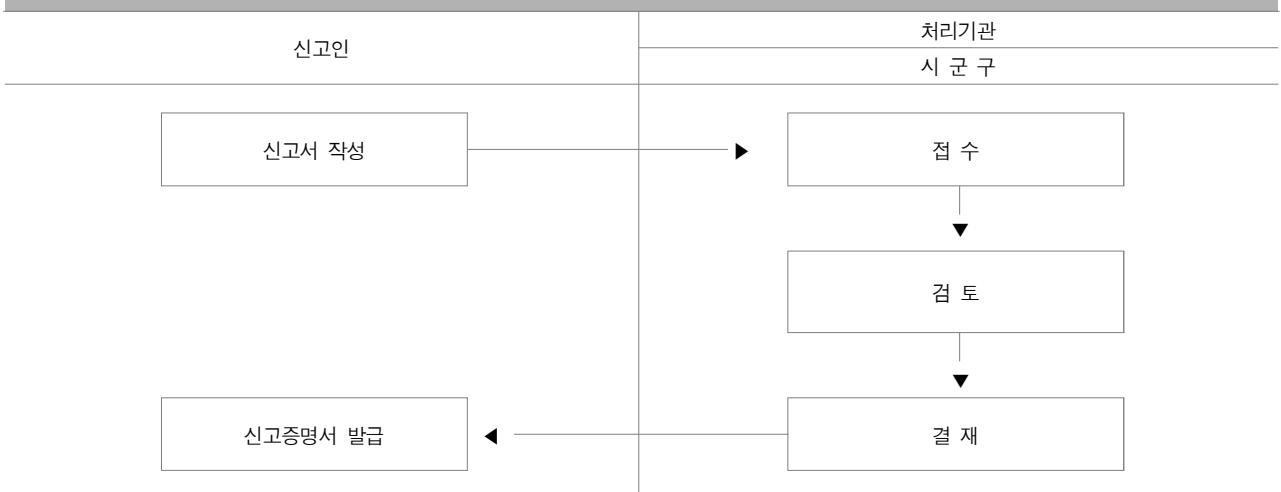
첨부서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 진단용 방사선 발생장치 검사성적서 사본 1부 2. 방사선 방어시설 검사성적서 사본 1부 3. 별지 제6호서식에 따른 방사선 관계 종사자 신고서 1부(추가 설치인 경우 또는 종사자 변동이 없는 재사용 신고인 경우에는 제외하며, 보건의료자원 통합신고포털을 통해 신고하는 경우에는 사본으로 제출할 수 있습니다) 4. 양도 또는 이전한 자의 별지 제3호서식에 따른 신고증명서 원본 1부(양도받거나 이전 설치하는 경우에만 제출하며, 보건의료자원 통합신고포털을 통해 신고하는 경우에는 생략할 수 있습니다) 5. 특수의료장비 등록증명서 사본 1부(특수의료장비를 설치하는 경우에만 제출하며, 보건의료자원 통합신고포털을 통해 신고하는 경우에는 사본으로 제출할 수 있습니다) 6. 별지 제3호서식에 따른 진단용 방사선 발생장치의 사용중지 신고증명서 원본(사용중지 후 다시 사용하는 경우에만 제출하며, 보건의료자원 통합신고포털을 통해 신고하는 경우에는 생략할 수 있습니다) 7. 의료기기 제조허가증 또는 수입허가증 사본 1부(보건의료자원 통합신고포털을 통해 신고하는 경우에는 생략할 수 있습니다) 8. 세금계산서, 계약서 등 구입 또는 임차 사실 증명자료 사본 1부 	수수료 없음
------	---	--------

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

유의사항

진단용 방사선 발생장치의 설치 및 사용, 재사용을 시장·군수·구청장에게 신고한 경우에는 건강보험심사평가원에 신고서를 제출한 것으로 간주됩니다(「국민건강보험법 시행규칙」 제12조제3항).

처리절차



[] 설치 및 사용
[] 양도
[] 이전
[] 사용 중지

진단용 방사선 발생장치의 신고증명서

(앞쪽)

신고인	의료기관 명칭	요양기관기호
	소재지 (전화번호/팩스번호:)	
	개설자 성명	개설자 생년월일
	개 설 자 전 자 우 편 (e-mail)	
	안전관리책임자 성명	안전관리책임자 생년월일
	안전관리책임자 전 자 우 편 (e-mail)	

인수인	기관(업체) 명칭	사업자등록번호
	소재지 (전화번호/팩스번호:)	
	대표자 성명	생년월일
	전 자 우 편 (e-mail)	

신고 대상 장치의 내용

장비 명칭	형식 및 모델			검사 연월일	제조 번호	제조 년월일	제조사	제조국	장비 번호	허가 (신고) 번호	의료장비 바코드
	X-선 튜브	제어장치	고전압 발생장치								

「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제3조제1항에 따라 위와 같이 신고하였음을 증명합니다.

년 월 일

시장·군수·구청장

직인

[별지 제4호서식]

진단용 방사선 발생장치 신고증명서 재발급 신청서			처리기간
			즉 시
의 료 기 관	의료기관의 명 칭		전화번호
	소재지		
	개설자 성명		생년월일
	개설자전자우편 (e-mail)		
의료기관 종류	종합병원, 병원, 한방병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 기타		
신고일자			
신청사유 (구체적으로 기술)			
<p>「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제3조제3항에 따라 위와 같이 신고증명서 재발급을 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">신청인: (서명 또는 인)</p> <p>시장·군수·구청장 귀하</p>			
<p>※ 구비서류 과손 또는 헐어서 못 쓰는 경우 그 과손되거나 헐어서 못쓰게 된 신고증명서 원본</p> <p>비고) 분실된 신고증명서를 발견한 경우에는 지체 없이 관할 시장·군수·구청장에 게 반환하여야 합니다.</p>			

210mm × 297mm[일반용지60g/m²(재활용품)]

진단용 방사선 발생장치의 신고사항 변경신고서

접수번호	접수일	처리기간	즉시 (이전 변경: 3일)
신고인	의료기관의 명칭	전화번호	
	요양기관기호	팩스번호	
	소재지		
	개설자 성명	생년월일	
	개설자 전자우편 (e-mail)		
변경 사항	변경 전	변경 후	
	(여백부족 시 별지 사용)	(여백부족 시 별지 사용)	

「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제3조제4항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장

귀하

첨부서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 별지 제3호서식에 따른 신고증명서 원본 1부(보건의료자원 통합신고포털을 통해 변경신고하는 경우에는 생략할 수 있습니다) 2. 진단용 방사선 발생장치 검사 성적서 사본 1부(관할 구역 내 의료기관 이전의 경우만 해당) 3. 방사선 방어시설 검사 성적서 사본 1부(관할 구역 내 의료기관 이전의 경우만 해당) 4. 이전을 확인할 수 있는 서류 사본 1부(관할 구역 내 의료기관 이전의 경우만 해당) 	수수료 없음
------	--	-----------

■ 진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙[별지 제6호서식]

방사선 관계 종사자 []변동 안전관리책임자 []선임 []해임 []겸임 신고서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 3 일
------	-----	-----	----------

신고인	의료기관 명칭	전화번호
	소재지	
	개설자 성명	개설자 생년월일
	개설자 전자우편(e-mail)	

방사선 관계 종사자의 인적사항

성명	생년월일	근무시작 (종료)일	담당업무	의료인 등의 종별 (면허(자격)번호)	신고사유		
					신규	퇴사 또는 정지	기존

안전관리책임자

구분	성명	생년월일	선임·해임 일자	사유	면허(자격)번호	교육일자
선(겸)임						
해임						

「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제3조제6항 및 제10조제2항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

신청(신고)인 제출서류	1. 안전관리책임자의 경우 최종 학교 졸업증명서(이공계 석사학위 소지자만 제출합니다) 또는 경력증명서 1부 2. 별지 제19호서식에 따른 건강진단 결과서 사본 1부 3. 방사선종사자정보 중앙등록센터에서 발행한 피폭기록확인서 사본 1부(해당되는 경우에만 제출합니다)	수수료 없음
담당공무원 확인사항	안전관리책임자의 면허(자격)증 1부	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당 공무원이 위의 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

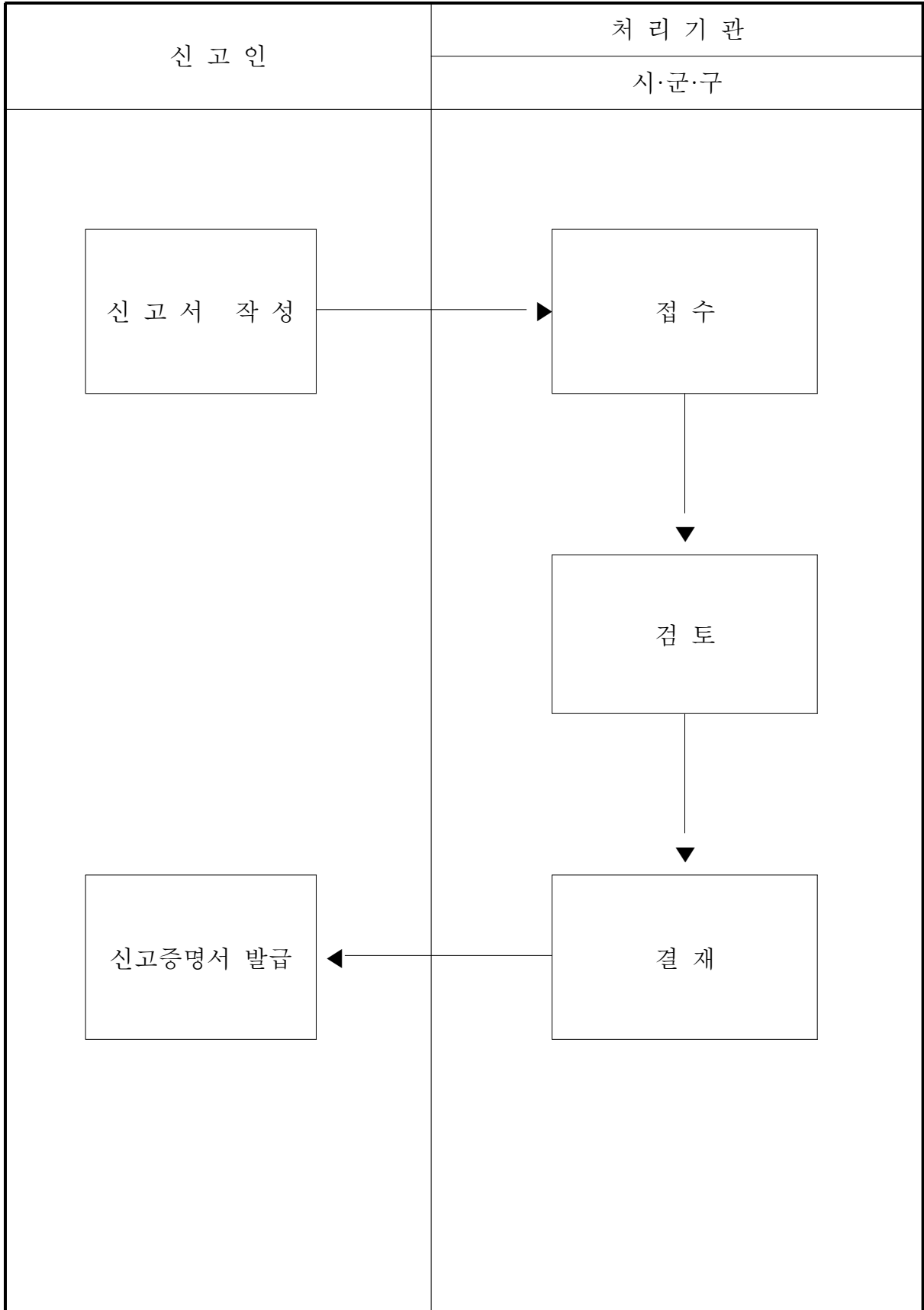
※ 신청인이 담당 공무원의 확인에 동의하지 아니하거나 전산정보처리조직 및 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 확인할 수 없는 경우에는 해당 서류를 신청인이 직접 제출하여야 합니다.

안전관리책임자 성명

(서명 또는 인)

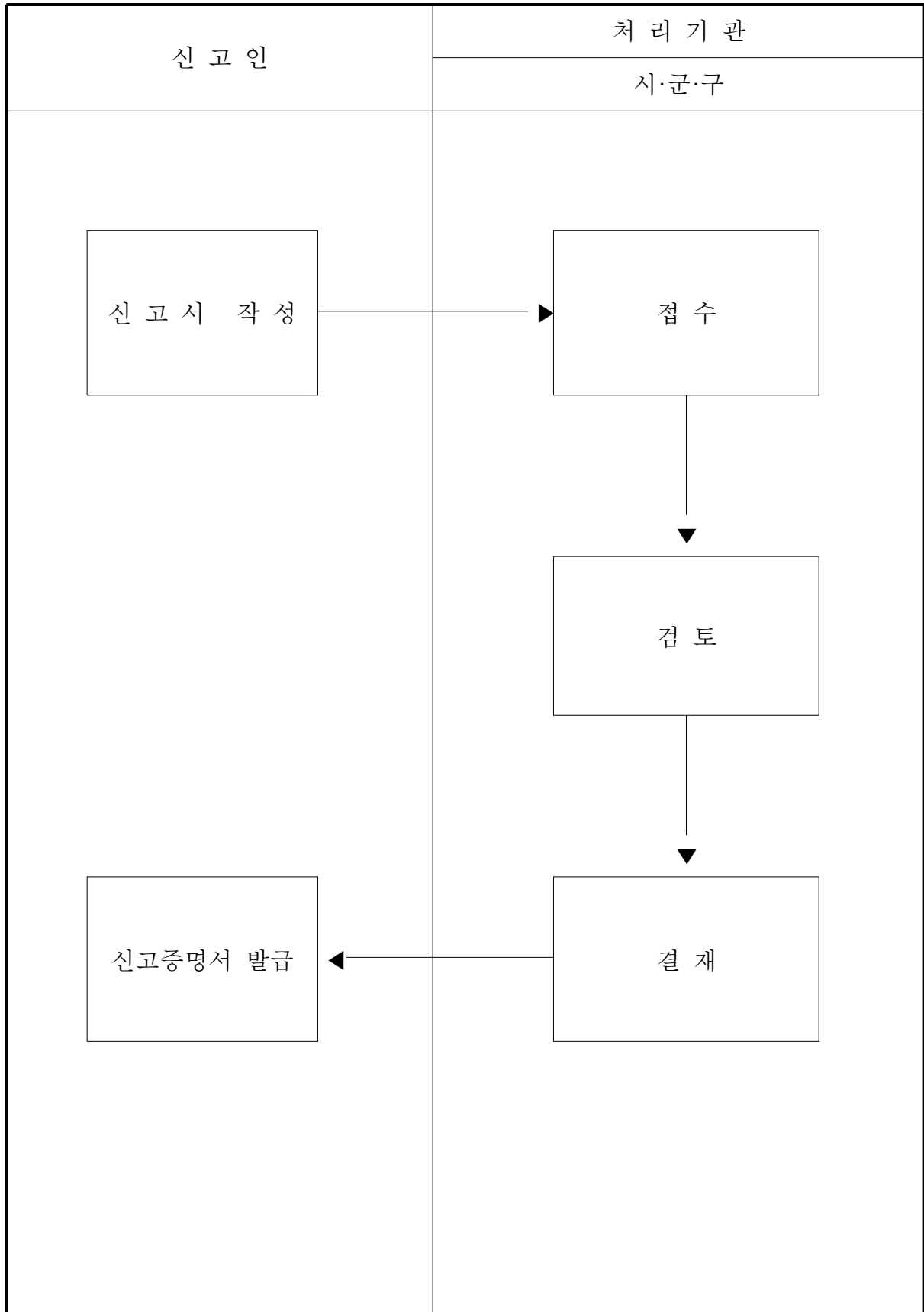
210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

※ 이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.



방사선 방어시설의 검사신청서			
신청인	의료기관의 명칭		전화번호
	소재지		
	개설자성명		생년월일
	개설자 전자우편 (e-mail)		
	안전관리책임자 성명		생년월일
	안전관리책임자 전자우편(e-mail)		
방사선 방어시설 내용			
<p>「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제7조에 따라 위와 같이 방사선 방어시설의 검사를 받기 위하여 신청합니다.</p> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> <p>년 월 일</p> <p>신청인: (서명 또는 인)</p> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">귀 하</p>			
<p>※ 구 비 서 류</p> <p>가. 방사선 방어시설의 검사성적서 사본 1부(재검사의 경우에는 불합격 검사성적서 사본, 시설·장치변경 및 사용량 확대 시에는 전 검사성적서 사본. 다만, 최초로 하는 검사의 경우에는 이를 첨부하지 않습니다)</p> <p>나. 방사선 방어시설에 설치한 장치의 최대 정격관전압, 관전류 및 최장 통전시간과 방사선 방어시설의 차폐벽 두께·재료명 및 전원시설의 위치를 표시한 설계도 1부</p>			

※ 이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.



방사선 관계 종사자의 피폭선량 측정신청서						
신청인	의료기관의명칭		의료보험 기관코드		전화번호	
	소재지					
	개설자성명		생년월일			
	개설자 전자우편 (e-mail)					
	안전관리책임자성명		생년월일			
	안전관리책임자 전자우편(e-mail)					
측정기간	년 월부터 년 월까지(월간)					
측정 대상자의 인적사항						
성명	주민등록번호	담당업무		의료인 등 종별(면허번호)		
<p>「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제7조에 따라 위와 같이 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">신청인: (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">귀하</p>						

210mm × 297mm[일반용지60g/m²(재활용품)]

[별지 제16호서식]

<input type="checkbox"/> 진단용 방사선 발생장치 <input type="checkbox"/> 검사 등 성적서의 <input type="checkbox"/> 방사선 방어 시설 <input type="checkbox"/> 재발급신청서 <input type="checkbox"/> 방사선 관계 종사자 피폭선량 측정			
신청인	성명		생년월일
	주소		
	전자우편 (e-mail)		
의료기관의 명칭			
소재지			
검사(측정)연월일			
검사(측정)한 내용			
신청통수		통	
<p style="text-align: center;">「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제8조제6항에 따라 위와 같이 신청합니다.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 년 월 일 신청인: (서명 또는 인) </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">귀하</p>			

210mm × 297mm[일반용지60g/m²(재활용품)]

[별지10]

「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 별지

서식

특수의료장비 등록신청서

(앞쪽)

접수번호	접수일	발급일	처리기간: 7일
------	-----	-----	----------

특수 의료 장비	명칭	용도	모델명/형식
	제조연월일	제조번호	제조사/제조국
	의료장비 바코드		장비번호
	도입형태	구입일	구입금액

1. 의료장비 바코드: 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」에 따라 건강보험심사평가원장이 부여한 고유 식별번호(31자리)를 적습니다.
2. 장비번호: 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」 별표1의 장비번호를 적습니다.
3. 허가(신고)번호: 식품의약품안전처 의료기기 제조(수입) 허가번호를 적습니다.
4. 도입 형태는 1. 구입, 2. 임차(리스), 3. 기중 중 선택하여 작성합니다.
5. 구입금액은 구입 당시의 금액으로, 대한민국 통화단위(원, ₩)를 사용하여 작성합니다(외국에서 구입 시 당시 환율로 환산).

의료 기관	명칭	요양기관기호
	주소	종류
	전화번호/FAX	설치장소
	개설자성명	개설자 생년월일
	개설자 전자우편	

특수의료장비 인력 현황

특수의료장비의 관리자	성명	면허(자격)종류	면허(자격)번호		근무 시작일
				전속	비전속
영상의학과 전문의	성명	자격번호			
방사선사	성명	면허번호		비전속	

※ "면허(자격)종류"는 의사, 영상의학과 전문의, 방사선사로 구분하며, "전속", "비전속"은 해당란에 "○"표를 합니다.

특수의료장비 시설현황

총 병상수	병상	<input type="radio"/> 자체 병상수 : () 병상 <input type="radio"/> 공동활용 병상수 : () 병상
-------	----	--

「의료법」 제38조제1항 및 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제2조제1항 및 제2항에 따라 위와 같이 특수의료장비의 등록을 신청합니다.

년 월 일
(서명 또는 인)

신청인

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	뒤쪽참조	수수료 없음
------	------	--------

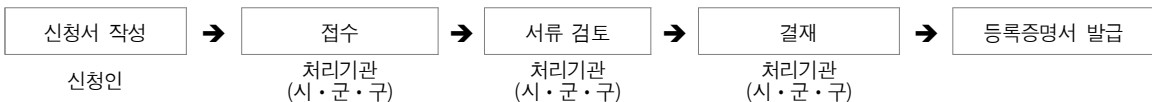
210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

첨부서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 특수의료장비 관련 등록인력의 영상의학과 전문의 자격증 및 방사선사 면허증 사본 각 1부(보건의료자원 통합신고포털을 통해 신고하는 경우에는 제출을 생략할 수 있습니다) 2. 특수의료장비 등록신청을 한 의료기관의 개설허가증명서 또는 개설신고증명서 사본 1부(보건의료자원 통합신고포털을 통해 신고하는 경우에는 제출을 생략할 수 있습니다) 3. 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 별지 제2호서식의 특수의료장비 공동활용 동의서 1부(유방 촬영용 장치 외의 특수의료장비로서 다른 의료기관과 공동활용하려는 경우에만 제출하며, 보건의료자원 통합신고포털을 통해 신고하는 경우에는 사본으로 제출할 수 있습니다) 4. 의료기기 제조허가증 또는 수입허가증 사본 1부(보건의료자원 통합신고포털을 통해 신고하는 경우에는 제출을 생략할 수 있습니다) 5. 세금계산서, 계약서 등 구입 또는 임차 사실 증명자료 사본 1부 	수수료 없음
------	--	-----------

유의 사항

특수의료장비의 등록을 시장·군수·구청장에게 신청한 경우에는 건강보험심사평가원에 신고서를 제출한 것으로 간주합니다(「국민건강보험법 시행규칙」 제12조제3항).

처리 절차



특수의료장비 공동활용 동의서

특수의료장비 명칭	<input type="checkbox"/> 자기공명영상 촬영장치(MRI) <input type="checkbox"/> 전산화단층 촬영장치(CT)
-----------	--

특수의료장비 설치 의료기관 정보

의료기관명	개설자
주소(전화번호)	
전자우편 (e-mail)	
사업자등록번호	요양기관 기호

공동활용 동의 의료기관 정보

의료기관명	개설자
주소(전화번호)	
전자우편 (e-mail)	
사업자등록번호	요양기관 기호

본 의료기관은 허가(신고) 병상 ()병상의 의료기관으로 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제2조제1항·제2항에 따라 특수의료장비를 설치한 위 의료기관과 공동 활용할 것에 동의합니다.

년 월 일

동의인: (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	공동활용 동의 의료기관의 개설허가증명서 또는 개설신고증명서 사본 또는 공동활용하려는 의료기관의 병상수를 확인할 수 있는 서류
------	---

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

특수의료장비 등록증명서

(앞쪽)

특수 의료 장비	장비고유번호		의료장비 바코드		
	명칭		용도		모델명/형식
	제조연월일	제조번호	제조사/제조국	신품/중고	
	허가(신고)번호		장비번호		

의료 기관	명칭		종류		
	주소		설치장소		
	전화번호/FAX		요양기관기호		
	개설자 성명		개설자 생년월일		
	개설자 전자우편 (e-mail)				

특수의료장비 인력 현황

특수의료장비 의 관리자	성명	면허(자격)종류	면허(자격)번호		근무 시작일
영상의학과 전문의	성명	자격번호	전속	비전속	근무 시작일
방사선사	성명	면허번호	전속	비전속	근무 시작일

※ "면허(자격)종류"는 의사, 영상의학과 전문의, 방사선사로 구분하며, "전속", "비전속"은 해당란에 "○"표를 합니다.

특수의료장비 시설현황

총 병상수	병상	○ 자 체 병상수: () 병상
		○ 공동활용 병상수: () 병상

「의료법」 제38조제1항 및 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제2조제3항에 따라 위와 같이 등록하였음을 증명합니다.

년 월 일

시장·군수·구청장

직인

비고 유방 촬영용 장치의 경우 시설 현황을 적지 않습니다.

특수의료장비 공동활용 의료기관

의료기관명	주소	개설자	요양기관 기호	전화번호

변경사항

※ 변경구분: 인력/자체 병상수/공동활용 병상수/개설자/의료기관 명칭/의료기관 종류 등

변경구분	변경일	변경 전	변경 후	담당자

특수의료장비 등록대장

(앞쪽)

특수 의료 장비	장비고유번호			
	명칭		용도	모델명/형식
	제조연월일	제조번호	제조사/제조국	신품/중고

의료 기관	명칭		종류	
	주소		설치장소	
	전화번호/FAX		요양기관 기호	
	개설자 성명		개설자 생년월일	
	개설자 전자우편 (e-mail)			

특수의료장비 인력 현황

특수의료장비의 관리자	성명	면허(자격)종류	면허(자격)번호		근무 시작일	

영상의학과 전 문의	성명	자격번호	전속	비전속	근무 시작일	

방사선사	성명	면허번호	전속	비전속	근무 시작일	

※ “면허(자격)종류”는 의사, 영상의학과 전문의, 방사선사로 구분하며, “전속”, “비전속”은 해당란에 “○”표를 합니다.

특수의료장비 시설현황

총 병상수	병상	○ 자 체 병상수: () 병상
그 밖의 사항		○ 공동활용 병상수: () 병상

(뒤쪽)

변경 사항
(인력/시설/개설장소/개설자/의료기관 명칭 등)

변경구분	변경일	변경 전	변경 후	담당자

특수의료장비 품질관리검사 현황

검사분류	검사연월일	검사결과	검사분류	검사연월일	검사결과
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합
		[]적합 []부적합			[]적합 []부적합

그 밖의 기재사항

※ 검사분류: 정밀검사, 서류검사, 재검사

특수의료장비 수리·교정·변경 이력대장				
의 료 기 관	명 칭		종 류	
	주소(전화번호)			
	사업자등록번호		요양기관 기호	
개 설 자	성명 (대표자)		생년월일	
	주 소			
	전 자 우 편 (e-mail)			
특수의료 장비의 관 리 자	성 명		생년월일	
	면 허 종 류 (면 허 번 호)		자 격 종 류 (자 격 번 호)	
특수의료장비의 설치 내용				
설 치 일			설 치 장 소	
설 치 회 사 (A/S)	명 칭		대표자 성명	
	대표전화		모 사 전 송 (F A X)	
	담 당 자		담당자 전화	
관 매 회 사	명 칭		전 화 번 호	
용 도			장 비 상 태 <input type="checkbox"/> 신 품 <input type="checkbox"/> 중고품	
장 비 고 유 번 호				
특수의료장비 수리·교정·변경 사항				
일련번호	수리·변경일	수리·교정·변경 내용	수리자	담당자

(뒤 쪽)

특수의료장비의 수리·교정·변경 사항				
일련번호	수리·변경일	수리·교정·변경 내용	수리자	담당자

[별지 제11호서식]

특수의료장비 인력 현황표					
장 비	명 칭				
	장 비 고 유 번 호				
의 료 관	명 칭		종 류		
	주 소				
	전화번호, FAX		요양기관 기호		
	개 설 자 성 명		개설자 생년월일		
	개설자 전자우편 (e-mail)				
인 력 현 황					
성명	생년월일	근무기간	면허(자격)종류	면허(자격)번호	전속/비전속
<p>「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제5조제5항 및 별표 3에 따라 검사 의뢰일 년 월 일을 기준으로 작성한 인력 현황을 위와 같이 보고합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">특수의료장비 관리자 성명: 인</p> <p>품질관리검사기관의 장 귀하</p>					
<p>※인력 현황은 실제 특수의료장비를 사용하고 있는 전속 및 비전속 인력만 적습니다.</p>					

210mm×297mm[일반용지 60g/m²(재활용품)]

[별지 제12호서식]

특수의료장비 공동활용 동의 의료기관 시설 현황표					
장 비	명 칭				
	장 비 고 유 번 호				
의 기 료 관	명 칭		종 류		
	주 소				
	전화번호, FAX		요 양 기 관 기 호		
	개 설 자 성 명		개 설 자 생 년 월 일		
	개 설 자 전 자 우 편 (e-mail)				
특수의료장비 공동활용 동의 의료기관 시설 현황					
의료기관명	종류	허가(신고) 병상수	주소	전화번호	비고
<p>「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제5조제5항 및 별표 3에 따라 검사 의뢰일 년 월 일을 기준으로 작성한 시설 현황을 위와 같이 보고합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">특수의료장비 관리자 성명: 인</p> <p>품질관리검사기관의 장 귀하</p>					
※특수의료장비 공동활용 동의 의료기관이 있는 경우에만 제출합니다.					

210mm×297mm [일반용지 60g/m²(재활용품)]

[별지11]

「약사법 시행규칙」 별지 서식

약국개설등록 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	발급일	처리기간	7일
------	-----	-----	------	----

[신청인(개설자) 현황]

성명	주민등록번호 (외국인등록번호)	면허종류	면허번호	등록기준지	주소	연락처		
						집	휴대폰	전자우편주소

신청 내용	[] 신규등록 [] 개설자 변경		
	약국	명칭	요양기관기호(신규등록 신청시에는 적지 않습니다)
		연락처 (전화) (팩스) (전자우편주소)	영업면적
		소재지	
	결격 사유	「약사법」 제76조제1항에 따른 개설등록의 취소사실	[] 있음 [] 없음
약사(藥事)에 관한 법령 위반으로 행정처분을 받은 사실		[] 있음 [] 없음	

「약사법」 제20조제2항 전단 및 같은 법 시행규칙 제7조제1항에 따라 위와 같이 약국개설 등록을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	한약사 면허증 사본(신청인이 한약사인 경우만 해당하며, 신청서를 제출할 때 면허증 원본을 제시하는 경우에는 사본의 제출을 갈음합니다)	수수료 10,000원
담당 공무원 확인사항	약사 면허증(신청인이 약사인 경우만 해당하며, 신청서를 제출할 때 면허증 원본을 제시하는 경우에는 담당 공무원의 확인을 갈음합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 약사 면허증을 확인하는 것에 동의합니다. *동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 그 사본을 제출하여야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

유의사항

- 개설자 변경으로 인한 개설등록신청의 경우에는 시설조사를 생략할 수 있습니다.
- 약국개설등록증 발급 이후 「국민건강보험법」 제47조에 따라 요양급여비용 청구를 위해서는 건강보험심사평가원에 요양기관 현황신고를 완료하여야 합니다(「국민건강보험법」 제43조).

처리절차

신청서 작성	→	접수	→	시설조사	→	기안·결재	→	등록증 작성	→	등록증발급
--------	---	----	---	------	---	-------	---	--------	---	-------

신청인

처리기관: 시·군·구

약국등록사항 변경신청서

※ 색상이 어두운 부분은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	발급일	처리기간	7일			
신청인	성명	생년월일	주소	연락처			
				집	휴대전화	전자우편주소	
약국	명칭		등록번호				
	소재지		요양기관기호				
	연락처(전화) (전자우편주소)		(팩스)				

변경사항

항목	이미 등록된 사항	변경등록신청 사항	사유
약국의 명칭			
약국의 소재지			

「약사법 시행규칙」 제9조제1항에 따라 위와 같이 약국등록사항의 변경을 신청합니다.

년 월 일

신청인(담당자)

(서명 또는 인)

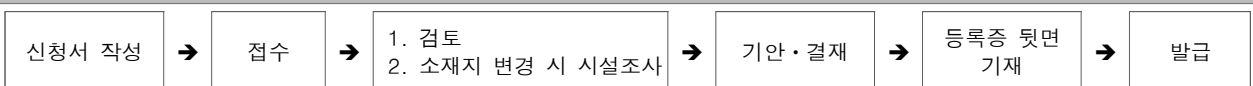
시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	약국개설등록증(「약사법 시행규칙」 제9조의2제3항에 따라 보건의료자원 통합신고포털을 통하여 신청하는 경우에는 약국개설등록증을 첨부하지 않을 수 있습니다)	수수료 5,000 원
------	---	----------------

유의사항

시장·군수·구청장에게 제출한 변경등록신청 사항은 「약사법 시행규칙」 제9조의2제2항에 따라 건강보험심사평가원에 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조의2제3항에 따른 방법으로 통보됩니다.

처리절차



신청인

처리기관: 시·군·구

신고인 제출서류	1. 양도·양수 대상 약국의 개설등록증 2. 양도·양수 사실을 증명하는 서류의 사본 3. 한약사 면허증 사본(신고인이 한약사인 경우만 해당합니다)	수수료 5,000원
담당 공무원 확인사항	약사 면허증(신고인이 약사인 경우만 해당합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

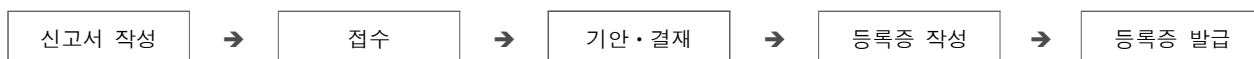
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 약사 면허증을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 않는 경우에는 신고인이 약사 면허증 원본을 제시하거나 그 사본을 제출해야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

처리 절차



신고인

처리기관: 시·군·구

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

행정처분 등의 내용 고지 및 가중처분 대상약국 확인서

1. 양도인은 다음과 같이 최근 1년 이내에 「약사법」 제71조, 제72조, 제74조부터 제76조까지, 제79조 및 같은 법 시행규칙 제50조, 별표 3에 따라 행정처분을 받았다는 사실(행정처분을 받은 사실이 없는 경우에는 없다는 사실) 및 행정제재처분의 절차가 진행 중인 사실을 양수인에게 알려주었습니다.

가. 최근 1년 이내에 양도인이 받은 행정처분

처분받은 날	행정처분 내용	행정처분 사유

나. 행정제재처분 절차 진행사항

적발일	위반내용	진행 중인 내용

※ 최근 1년 이내에 행정처분을 받은 사실이 없는 경우에는 위 가목 표의 "처분받은 날"란에 "없음"이라고 적습니다.

※ 양도·양수 신고 담당 공무원은 위 행정처분의 내용을 행정처분 대장과 대조하여 일치 여부를 확인하고, 일치하지 않는 경우에는 양도인 및 양수인에게 그 사실을 알리고 보완하게 해야 합니다.

2. 양수인은 위 행정처분에서 지정된 기간 내에 처분 내용대로 이행하지 않거나, 행정처분을 받은 위반사항이 다시 적발되었을 때에는 「약사법 시행규칙」 제50조 및 별표 3에 따라 양도인이 받은 행정처분의 효과가 양수인에게 승계되어 가중 처분된다는 사실을 알고 있음을 확인합니다.

년 월 일

양도인 성명

(서명 또는 인)

양수인 성명

(서명 또는 인)

[]약국 []폐업
 []안전상비의약품 판매업 []휴업 신고서
 []의약품 판매업 []업무재개

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일자	발급일자	처리기간 7일 (다만, 약국 관련 신고는 3일)
------	------	------	----------------------------------

신고인	성명	생년월일
	명칭	전화번호 전자우편주소
	소재지	등록번호

신고내용	[]약국 (요양기관기호:) []의약품 판매업 []안전상비의약품 판매업		
	폐업연월일(약국은 최종영업일 익일로 작성) 년 월 일		
	휴업예정기간	업무재개 연월일(약국은 휴업종료일 익일로 작성) 년 월 일	

등록증을 첨부할 수 없는 경우에는 그 사유 ()
 (※ 약국개설자 또는 안전상비의약품 판매자만 작성합니다)

(※ 약국만 작성합니다)	휴업 또는 폐업 후 연락처	(주소) (전화번호) (전자우편주소)
	휴업 또는 폐업 사유 (※ 신청대상번호란 []에 "√" 표시)	01대표자 사망[] 02고령(건강상)[] 03학업목적[] 04경영상[] 05취업[] 06소재지 이전[] 07면허취소[] 08기타[]

「약사법 시행규칙」 제12조제1항·제2항, 제24조제1항·제2항 및 제41조제1항·제2항에 따라 위와 같이 약국, 안전상비의약품 판매업 및 의약품 판매업의 폐업·휴업·업무재개를 신고합니다.

년 월 일
 신고인 (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

제출서류	약국개설등록증(보건의료자원 통합신고포털을 통해 신고하는 경우에는 생략할 수 있습니다) 안전상비의약품 판매자 등록증 의약품 판매업 허가증 ※ 약국개설자 및 안전상비의약품 판매자의 경우 등록증이 분실되거나 첨부할 수 없을 정도로 훼손된 경우에는 그 사유를 기재하여야 합니다. ※ 폐업신고의 경우에 「부가가치세법」 제8조제6항에 따른 폐업신고를 함께 하려는 때에는 「부가가치세법 시행규칙」 별지 제9호서식의 폐업신고서를 함께 제출해야 합니다.	수수료 없음
------	--	--------

유의사항

약국 폐업 또는 휴업, 업무재개를 시장·군수·구청장에게 신고한 경우에는 건강보험심사평가원에도 신고서를 제출한 것으로 간주됩니다(「국민건강보험법 시행규칙」 제12조제3항).

처리절차



신고인 처리기관: 시·군·구

안전상비의약품 판매자의 지위 승계 신고서

(3쪽 중 제1쪽)

접수번호	접수일시	발급일	처리기간 7일
양도인	성명	주민등록번호(외국인등록번호)	
	전화번호	전자우편주소	
	주소		
양수인	성명	주민등록번호(외국인등록번호)	
	전화번호	전자우편주소	
	주소		
안전상비 의약품 판매자	명칭		
	연락처 (전화번호) (팩스번호) (전자우편주소)	영업면적	
	주소	지위 승계 예정일 년 월 일	

「약사법」 제44조의5제1항 및 같은 법 시행규칙 제28조의2제1항에 따라 위와 같이 신고합니다.

 년 월 일

신고인: _____ (서명 또는 인)

담당자 성명:

담당자 전화번호:

시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

신고인 제출서류	1. 안전상비의약품 판매자 등록증 2. 「약사법 시행규칙」 제26조제3항에 따른 교육 수료증 사본 3. 양도·양수 사실을 증명하는 서류의 사본	수수료 5,000원
담당 공무원 확인사항	사업자등록증명	

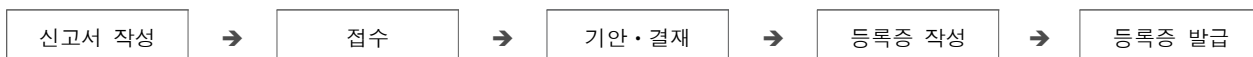
행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 사업자 등록증명을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 그 서류를 제출해야 합니다.

신고인

(서명 또는 인)

처리 절차



신고인

처리기관: 시·군·구

행정처분 등의 내용 고지 확인서

1. 양도인은 다음과 같이 최근 1년 이내에 「약사법」 제71조, 제72조제2항 및 제76조의3에 따라 행정처분을 받았다는 사실(행정처분을 받은 사실이 없는 경우에는 없다는 사실) 및 행정제재처분의 절차가 진행 중인 사실을 양수인에게 알려주었습니다.

가. 최근 1년 이내에 양도인이 받은 행정처분

처분받은 날	행정처분 내용	행정처분 사유

나. 행정제재처분 절차 진행사항

적발일	위반내용	진행 중인 내용

- ※ 최근 1년 이내에 행정처분을 받은 사실이 없는 경우에는 위 가목 표의 "처분받은 날"란에 "없음"이라고 적습니다.
- ※ 양도·양수 신고 담당 공무원은 위 행정처분의 내용을 행정처분 대장과 대조하여 일치 여부를 확인하고, 일치하지 않는 경우에는 양도인 및 양수인에게 그 사실을 알리고 보완하게 해야 합니다.

2. 양수인은 양도인이 받은 행정처분의 효과가 양수인에게 승계된다는 사실을 알고 있음을 확인합니다.

년 월 일

양도인 성명

(서명 또는 인)

양수인 성명

(서명 또는 인)

한약업사시험 응시원서

응시번호		
응시자	성명	생년월일
	주소 (전화 :) (전자우편 :)	
	등록기준지	
사진 (3.5cm×4.5cm)		
영업예정지역		
<p>「약사법」 제45조제3항 및 같은 법 시행령 제29조제1항에 따라 위와 같이 응시원서를 제출합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">응시자 (서명 또는 인)</p>		

응시자 제출서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 이력서 1부 2. 「약사법 시행령」 제26조에 해당하는 학력과 실무에 종사한 경력을 증명하는 서류 1부 3. 법 제5조제1호 본문에 해당하는 자가 아님을 증명하는 의사의 진단서 또는 같은 호 단서에 해당하는 자임을 증명하는 전문의의 진단서 및 같은 조 제3호에 해당되는 자가 아님을 증명하는 의사의 진단서 4. 영업예정지 및 그 약도 	수수료 5,000원
-------------	--	---------------

..... 자 르 는 선

한약업사시험 응시표			
응시번호			사 진 (3.5cm×4.5cm)
성명	생년월일		
주소			
한국보건 의료인국가시험원장 [인]			

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

한약업사 자격증 발급신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간
			7일
신청인	성명	생년월일	
	주소	전화번호	
	전자우편주소		

시험실시 연월일

시험합격 연월일

허가 예정지역

「약사법」 제45조제3항 및 같은 법 시행규칙 제30조제2항에 따라 한약업사자격증 발급을 신청합니다.

년 월 일

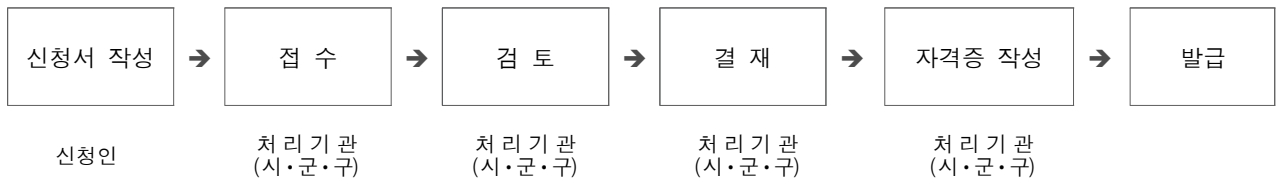
신청인

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

제출서류	사진(3.5cm×4.5cm) 2장 ※ 사진은 신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면 사진, 전자문서로 신청하는 경우에는 전자문서로 된 사진을 제출합니다.	수수료 1,000원
------	--	---------------

처 리 절 차



210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

【 별지 】

■ 약사법 시행규칙 [별지 제14호서식]

한약업사 허가신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간	25일
신청인	영업소의 명칭		전화번호	
	영업소의 소재지			
	성명		생년월일	
	전자우편주소			

「약사법」 제45조제1항 및 같은 법 시행규칙 제31조제1항에 따라 위와 같이 한약업사 허가를 신청합니다.

년 월 일

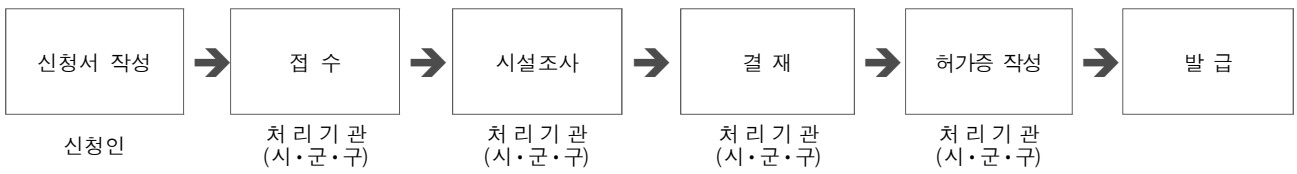
신청인

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

제출서류	사진(3.5cm×4.5cm) 2장 ※ 사진은 신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진, 전자문서로 신청하는 경우에는 전자문서로 된 사진을 제출합니다.	수수료 5,000원
------	--	---------------

처리절차



210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

한약방 이전 허가신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간
			3일
신청인	성명		생년월일
	주소		
	전자우편주소		
현재 영업소	명칭		전화번호
	소재지(우편번호:))		

이전하려는 영업장소

이전하려는 사유

「약사법」 제45조제3항 및 같은 법 시행규칙 제35조제2항에 따라 위와 같이 한약방의 이전허가를 신청합니다.

 년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	허가증	수수료 5,000원
------	-----	---------------

처리 절차



신청인

처리 기관: 시·군·구

의약품 도매상 허가신청서

접수번호	접수일자	발급일자	처리기간	7일
신청인	성명	생년월일		
	영업소의 명칭	전화번호		
		전자우편주소		
	영업종별	법인등록번호(법인인 경우만 해당합니다)		
	영업소의 소재지	창고의 소재지		
수탁자 (해당 업소)	영업소의 명칭	허가번호		
	창고의 소재지			
자본금 또는 자본평가액				
도매업무 관리자	성명	면허 또는 자격의 종류		
	생년월일			
도매업무 관리자	성명	면허 또는 자격의 종류		
	생년월일			
도매업무 관리자	성명	면허 또는 자격의 종류		
	생년월일			
보관시설				

「약사법」 제45조제1항 및 같은 법 시행규칙 제36조제1항에 따라 위와 같이 의약품 도매상 허가를 신청합니다.

년 월 일

신청인
담당자 성명·전화번호 (서명 또는 인)

시장 · 군수 · 구청장 귀하

신청인(대표자) 제출서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 정관(법인인 경우에만 제출합니다) 2. 대표자가 법 제5조제1호 본문에 해당되는 사람이 아님을 증명하는 의사의 진단서 또는 같은 호 단서에 해당하는 사람임을 증명하는 전문의 진단서 및 같은 조 제3호에 해당되는 사람이 아님을 증명하는 의사의 진단서 1부 3. 도매업무관리자의 자격을 확인할 수 있는 서류 4. 법인인 경우 재무상태표(개인인 경우 영업용 자본액 명세서) 5. 기업진단서 6. 운반용 차량 등 장비보유현황 7. 유통관리업무 위탁계약서(위탁한 경우에만 제출합니다) 8. 고압가스판매업 허가증 사본 또는 방사성동위원소판매업 허가증 사본(의료용 고압가스 또는 방사성 의약품 판매를 위하여 의약품 도매상 허가를 받으려는 경우에만 제출합니다) 	수수료 20,000원
담당 공무원 확인사항	법인 등기사항증명서	

처리절차



신청인

처리기관: 시·군·구

210mm×297mm[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

의약품 판매업 변경허가 신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 7일
------	-----	-----	------------

신청인	성명	생년월일
	영업소의 명칭	법인인 경우 법인등록번호
	업허가번호	전화번호
		전자우편주소
영업소의 소재지(우편번호:)		

변경사항

항목	허가받은 사항	변경허가 신청사항	사유

「약사법 시행규칙」 제40조제1항에 따라 위와 같이 의약품판매업의 변경허가를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

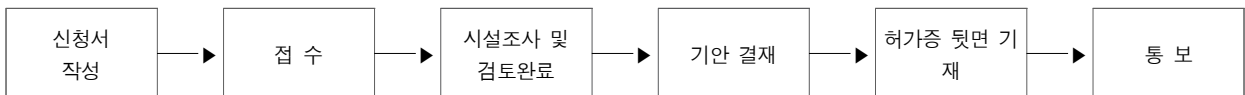
담당자 성명

담당자 전화번호

시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	1. 허가증 2. 변경사유서 및 그 근거서류	수수료 10,000원
------	-----------------------------	----------------

처리절차



신청인

처리기관: 시·군·구

210mm×297mm[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

도매업무관리자 변경신고서

접수번호	접수일	발급일	처리기간
			7일
신고인	성명		생년월일
	영업소의 명칭		
	전화번호		전자우편주소
	영업소의 소재지(우편번호:))		
신규 도매업무관리자	성명		생년월일
	면허의 종류		면허번호
구 도매업무관리자	성명		
	생년월일		

「약사법 시행규칙」 제41조제4항에 따라 위와 같이 도매업무관리자 변경을 신고합니다.

 년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

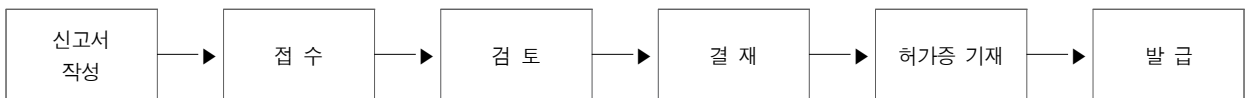
담당자 성명

담당자 전화번호

시장 · 군수 · 구청장 귀하

신고인 제출서류	1. 허가증 2. 도매업무관리자의 자격을 확인할 수 있는 서류	수수료 없음
-------------	---------------------------------------	-----------

처리절차



신고인

처리기관: 시 · 군 · 구

210mm×297mm[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

도매업무관리자 폐지신고서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 5일
신고인	영업소의 명칭	전화번호	
		전자우편주소	
	소재지(우편번호:)		
신고내용 (도매업무관리자)	성명	면허번호	
	생년월일	면허의 종류	
	폐지 연월일		
	폐지 사유		

「약사법 시행규칙」 제41조제5항에 따라 위와 같이 도매업무관리자를 폐지하였음을 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

담당자 성명

담당자 전화번호

시장 · 군수 · 구청장 귀하

첨부서류	허가증	수수료 없음
------	-----	--------

처리절차



210mm×297mm[일반용지 60g/m²(재활용품)]

도매업무관리자 신고서

접수번호	접수일	발급일	처리기간	7일
------	-----	-----	------	----

신고인	성명	
	영업소의 명칭	전화번호
	영업소의 소재지	

도매업무 관리자	성명	면허번호
	생년월일	면허 또는 자격의 종류
도매업무 관리자	성명	면허번호
	생년월일	면허 또는 자격의 종류
도매업무 관리자	성명	면허번호
	생년월일	면허 또는 자격의 종류

「약사법 시행규칙」 제42조제1항에 따라 위와 같이 도매업무관리자를 신고합니다.

년 월 일
(서명 또는 인)

신고인
담당자 성명
담당자 전화번호

시장 · 군수 · 구청장 귀하

신고인 제출서류	1. 도매업무관리자의 자격을 확인할 수 있는 서류 2. 의약품 도매상 허가증	수수료 없음
담당공무원 확인사항	약사 면허증(도매업무관리자가 약사인 경우만 해당합니다)	

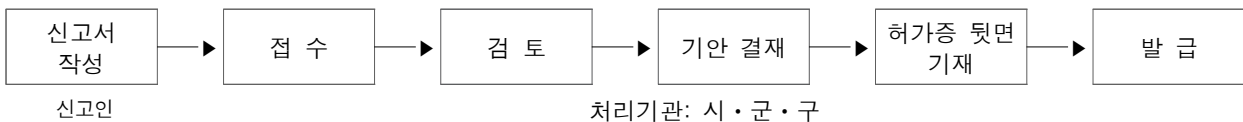
행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 약사 면허증을 확인하는 것에 동의합니다. *동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 그 서류를 제출하여야 합니다.

도매업무관리자

(서명 또는 인)

처리절차



210mm×297mm(일반용지 60g/m²)

의약품 도매업무관리자의 관리업무 비종사 신고서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 5일
------	-----	-----	---------

업종

영업소의 명칭

신고인	성명	생년월일
	면허의 종류	전화번호
		전자우편주소
	주소	

비종사 연월일

관리업무 비종사의 사유

본인은 위와 같은 사유로 관리업무에 종사할 수 없음을 「약사법 시행규칙」 제42조제3항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

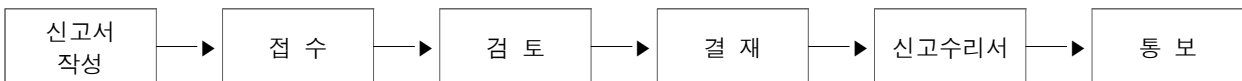
신고인(담당자)

(서명 또는 인)

시장 · 군수 · 구청장 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	-----------

처리절차



신고인

처리기관: 시·군·구

210mm×297mm(일반용지 60g/㎡)

판매 내역서

요양기관기호:

발급 연월일		년 월 일	약국 · 약업사	명 칭			
환자	성 명			전화번호	() -		
	생년월일			팩스번호			
			전자우편주소				
판매 약사 성명		(서명 또는 인)			면허종류		
					면허번호	제 호	

판매 의약품의 명칭	1회 투약량	1일 투여횟수	총 투약일수	용 법
				매 식(전, 간, 후) 시 분 복용

[]약사 []한약사 면허증 재발급 신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 14일
------	-----	-----	----------

신청인	성명(한글) (한자)	사 진 (3.5cm×4.5cm)
	생년월일	
	전화번호	
	전자우편주소	
	주소(우편번호:)	

신청 내용	면허번호	면허연월일
	면허취소 사유	

「약사법 시행규칙」 제54조제1항에 따라 위와 같이 약사면허 또는 한약사면허의 재발급을 신청합니다.

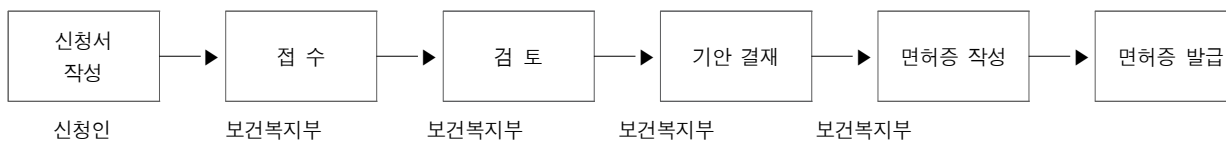
년 월 일장

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

제출서류	1. 면허취소의 원인이 된 사유가 소멸한 것을 증명할 수 있는 서류 2. 사진(3.5cm×4.5cm) 2장 ※ 사진은 신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 하고, 전자문서로 신청하는 경우에는 전자문서로 된 사진을 제출합니다.	수수료 2,000원
------	--	---------------

처리절차



210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

[]면허증 []허가증 []등록증 갱신신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 10일
------	-----	-----	----------

신청인	성명	생년월일
	업종 및 명칭	전화번호
		전자우편주소
소재지 또는 주소		

면허·허가·등록번호	연월일
------------	-----

갱신받으려는 사항

신청 사유

「약사법」 제80조 및 같은 법 시행규칙 제55조제3항에 따라 위와 같이 면허증·허가증·등록증의 갱신을 신청합니다.

년 월 일

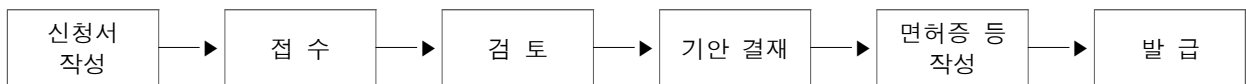
신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관, 시장·군수·구청장 귀하

제출서류	1. 갱신하려는 면허증·허가증·등록증 2. 신청인(법인인 경우에는 대표자를 말합니다)의 사진(3.5cm×4.5cm) 2장 ※ 사진은 신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 하고, 전자문서로 신청하는 경우에는 전자문서로 된 사진을 제출합니다.	수수료 없음
------	--	--------

처리절차



신청인

보건복지부, 시·군·구

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

([]약사 []한약사) 면허증 재발급 신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간
			5일
신청인	성명(한글) (한자)		사 진 (3.5cm×4.5cm)
	생년월일	전화번호	
	주소(우편번호:)		
	전자우편주소		
신청 내용	면허번호		면허 연월일
	신청 사유		

「약사법 시행규칙」 제57조제1항에 따라 위와 같이 면허증의 재발급을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

제출서류	1. 면허증(면허증을 잃어버린 경우에는 제출하지 않습니다) 2. 사진(3.5cm×4.5cm) 2장 ※ 사진은 신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면 사진으로 하고, 전자문서로 신청하는 경우에는 전자문서로 된 사진을 제출합니다.	수수료 2,000원
담당 공무원 확인사항	주민등록표 등본·초본 (성명 또는 주민등록번호가 변경되는 경우만 해당합니다)	

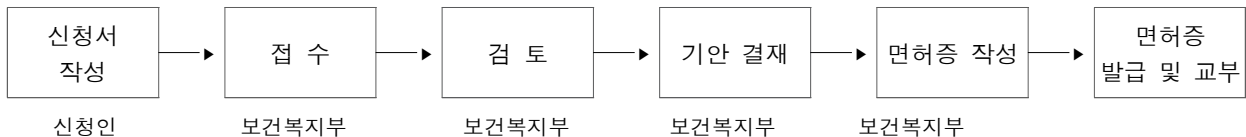
행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. *동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 그 서류를 제출하여야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

처리절차



210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

의약품 판매업자 지위 승계 신고서

(앞쪽)

접수번호	접수일	발급일	처리기간	7일
------	-----	-----	------	----

승계를 하는 자	성명 (법인인 경우, 법인명 및 대표자명)		생년월일	
	법인인 경우 법인등록번호			
	주소		전화번호	
			전자우편주소	

승계를 받는 자	성명 (법인인 경우, 법인명 및 대표자명)		생년월일	
	법인인 경우 법인등록번호			
	주소		전화번호	
			전자우편주소	

영업소의 명칭(상호)	승계 전	승계 후
-------------	------	------

승계 사유	[<input type="checkbox"/>] 양도·양수	[<input type="checkbox"/>] 상속	[<input type="checkbox"/>] 합병	[<input type="checkbox"/>] 기타()
-------	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

「약사법」 제89조제3항 및 같은 법 시행규칙 제59조제1항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인: (서명 또는 인)

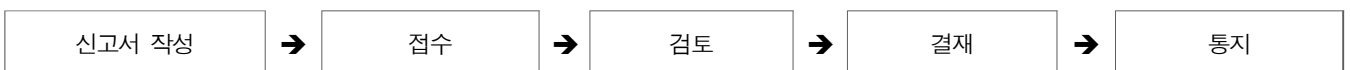
담당자 성명:

담당자 전화번호:

시장·군수·구청장 귀하

신고인 제출서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가증 1부 2. 양도·양수를 증명할 수 있는 서류의 사본(양도의 경우만 해당합니다) 3. 기업진단서(의약품 도매상의 양도·양수의 경우만 해당합니다) 4. 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」 제15조제1항제1호의 가족관계증명서와 상속인임을 증명하는 서류(상속의 경우만 해당합니다) 5. 그 밖에 해당 사유별로 의약품 판매업자의 지위를 승계하였음을 증명할 수 있는 서류 6. 지위를 승계한 사람이 「약사법」 제5조제1호 본문에 해당되는 사람이 아님을 증명하는 의사의 진단서 또는 같은 호 단서에 해당하는 사람임을 증명하는 전문의의 진단서 및 같은 조 제3호에 해당되는 사람이 아님을 증명하는 의사의 진단서 	수수료 10,000원
담당 공무원 확인사항	법인 등기사항증명서	

처리 절차



신고인

처리기관 : 시·군·구

행정처분 등의 내용 고지 및 가중처분 대상업소 확인서

1. 양도인은 다음과 같이 최근 1년 이내에 「약사법」 제71조, 제72조, 제74조부터 제76조까지, 제76조의2, 제79조 및 같은 법 시행규칙 제50조, 별표 3에 따라 행정처분을 받았다는 사실(행정처분을 받은 사실이 없는 경우에는 없다는 사실) 및 행정제재처분의 절차가 진행 중인 사실을 양수인에게 알려 주었습니다.

가. 최근 1년 이내에 양도인이 받은 행정처분

처분받은 날	행정처분 내용	행정처분 사유

나. 행정제재처분 절차 진행사항

적발일	위반내용	진행 중인 내용

- ※ 최근 1년 이내에 행정처분을 받은 사실이 없는 경우에는 위 가목 표의 "처분받은 날"란에 "없음"이라고 적습니다.
- ※ 양도·양수 신고 담당 공무원은 위 행정처분의 내용을 행정처분 대장과 대조하여 일치 여부를 확인하고, 일치하지 않는 경우에는 양도인 및 양수인에게 그 사실을 알리고 보완하게 해야 합니다.

2. 양수인은 위 행정처분에서 지정된 기간 내에 처분 내용대로 이행하지 않거나, 행정처분을 받은 위반사항이 다시 적발되었을 때에는 「약사법 시행규칙」 제50조 및 별표 3에 따라 양도인이 받은 행정처분의 효과가 양수인에게 승계되어 가중 처분된다는 사실을 알고 있음을 확인합니다.

년 월 일

양도인 성명

(서명 또는 인)

양수인 성명

(서명 또는 인)

약업사 자격증 발급신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간
			7일
신청인	성명	생년월일	
	주소	전화번호	
		전자우편주소	
시험합격연월일			
허가에정지역			

보건복지부령 제188호 약사법 시행규칙 전부개정령 부칙 제4조제5항에 따라 위와 같이 약업사 자격증 발급을 신청합니다.

년 월 일

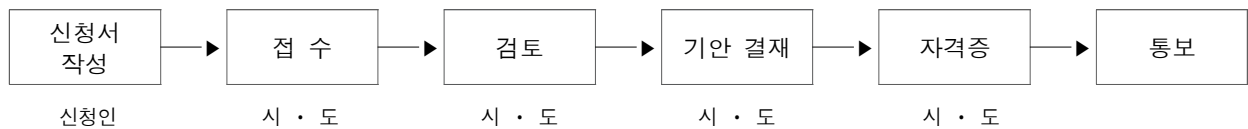
신청인

(서명 또는 인)

시 · 도지사 귀하

신청인 제출서류	사진(3.5cm×4.5cm) 2장	수수료 1,000원
----------	--------------------	---------------

처리절차



210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

[별지12]

「의료기사 등에 관한 법률 시행규칙」 별지 서식

의료기사등 면허증 발급신청서

※ 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간: 14일	
응시번호		시험 응시 연도	사 진 (3.5cm×4.5cm)
성명		생년월일	
출신 학교	대학(교)		
주소	우편번호: - 주 소:		
전자우편 (e-mail)			

「의료기사 등에 관한 법률 시행령」 제7조제1항 및 같은 법 시행규칙 제12조제1항에 따라 면허증 발급을 신청합니다.

년 월 일

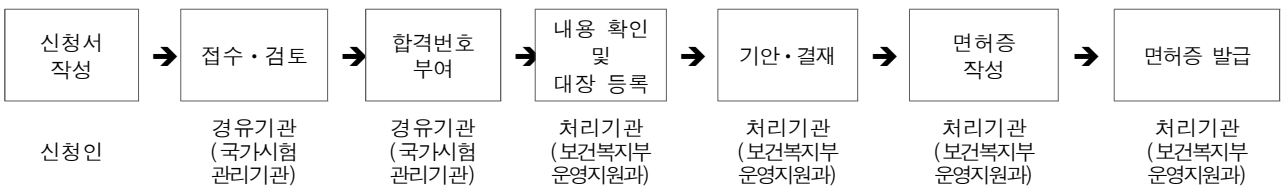
신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 졸업증명서 또는 이수증명서 1부(외국학교 출신자의 경우에는 졸업증명서 또는 이수증명서 및 해당 면허증 사본 각 1부) 2. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제1호에 따른 정신질환자(전문이가 의료기사등으로서 적합하다고 인정하는 사람의 경우는 제외함), 마약·대마 또는 향정신성의약품 중독자가 아님을 증명하는 의사의 진단서 1부 3. 응시원서의 사진과 같은 사진(가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터) 1장 	수수료 없음
-------------	--	-----------

처리 절차



210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

치과기공소 개설등록 신청서

※ 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간: 3일
------	-----	----------

치과기공소	명칭		
	소재지	연락처 (전화)	(팩스)

개설자	성명	생년월일
	주소	
	전자우편(e-mail)	
	면허 종류	면허번호

「의료기사 등에 관한 법률」 제11조의2제3항 및 같은 법 시행규칙 제12조의3제1항에 따라 위와 같이 치과기공소 개설등록을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장 귀하

신청인 제출서류	시설 및 장비 개요서 1부	수수료 : 조례로 정함
담당 공무원 확인사항	1. 개설자가 치과의사인 경우 치과의사 면허증 2. 개설자가 치과기공사인 경우 치과기공사 면허증	

행정정보 공동이용 동의서

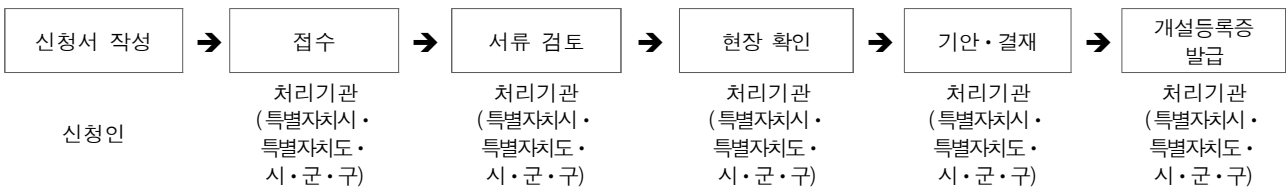
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다. 다만, 신청인이 면허증 원본을 제시하는 경우에는 담당 공무원의 확인으로 서류 제출을 갈음할 수 있습니다.

신청인

(서명 또는 인)

처리 절차



210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

■ 의료기사 등에 관한 법률 시행규칙 [별지 제7호서식]

안경업소 개설등록 신청서

※ 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간: 3일
안경업소	명칭	
	소재지	연락처 (전화) (팩스)
개설자	성명	
	주소	
	전자우편(e-mail)	
	면허번호	

「의료기사 등에 관한 법률」 제12조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조제1항에 따라 위와 같이 안경업소 개설등록을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장 귀하

신청인 제출서류	시설·장비 개요서 1부	수수료는 조례로 정함
담당 공무원 확인사항	개설자의 안경사 면허증	

행정정보 공동이용 동의서

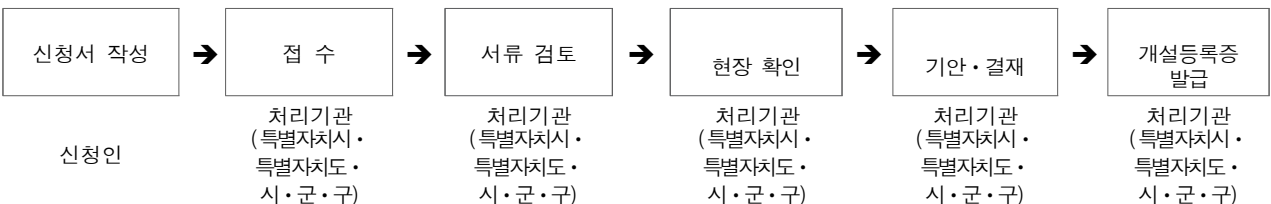
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다. 다만, 신청인이 면허증 원본을 제시하는 경우에는 담당 공무원의 확인으로 서류 제출을 갈음할 수 있습니다.

신청인

(서명 또는 인)

처리 절차



210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

치과기공소 양도·양수 신고서

※ 바탕색이 어두운 난은 신고인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간: 즉시
치과기공소	명칭	개설등록번호
	소재지	
양도인	성명	생년월일
	면허번호	
	주소	☎ () -
	전자우편 (e-mail)	
양수인	성명	생년월일
	면허번호	
	주소	☎ () -
	전자우편 (e-mail)	

「의료기사 등에 관한 법률」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제16조제2항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인(양수인)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

신고인 제출서류	1. 치과기공소 개설등록증 2. 양도계약서 사본 등 양도·양수 사실을 증명할 수 있는 서류 1부	수수료 : 조례로 정함
담당 공무원 확인사항	1. 양수인이 치과의사인 경우 치과의사 면허증 2. 양수인이 치과기공사인 경우 치과기공사 면허증	

행정정보 공동이용 동의서

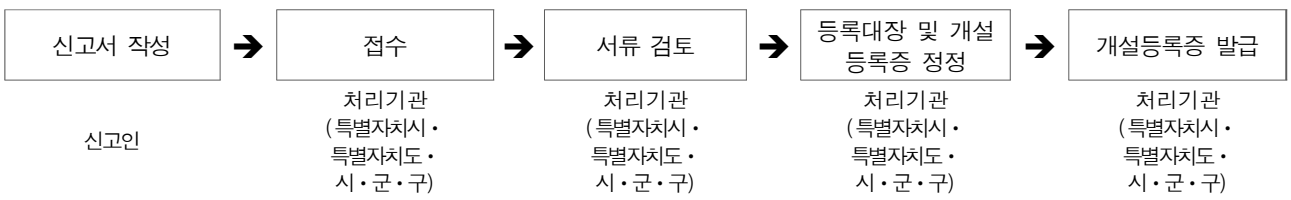
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다. 다만, 신고인이 면허증 원본을 제시하는 경우에는 담당 공무원의 확인으로 서류 제출을 갈음할 수 있습니다.

신고인

(서명 또는 인)

처리 절차



안경업소 양도·양수 신고서

※ 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간: 즉시
안경업소	명칭	개설등록번호
	소재지	
양도인	성명	생년월일
	면허번호	
	주소	
	☎() - 전자우편 (e-mail)	
양수인	성명	생년월일
	면허번호	
	주소	
	☎() - 전자우편 (e-mail)	

「의료기사 등에 관한 법률」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제16조제4항에 따라 위와 같이 신고합니다.

년 월 일

신고인(양수인)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

신고인 제출서류	1. 안경업소 개설등록증 2. 양도계약서 사본 등 양도·양수 사실을 증명할 수 있는 서류 1부	수수료 : 조례로 정함
담당 공무원 확인사항	양수인의 안경사 면허증	

행정정보 공동이용 동의서

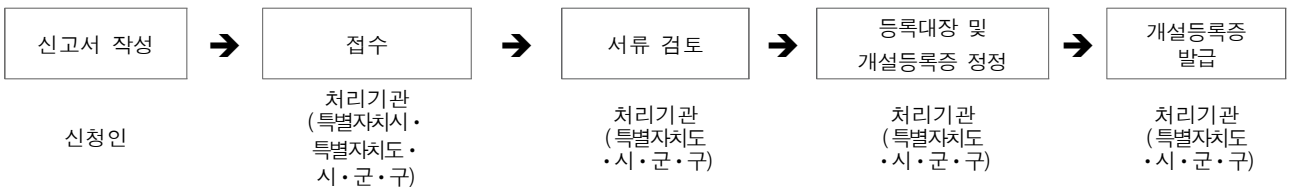
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다. 다만, 신고인이 면허증 원본을 제시하는 경우에는 담당 공무원의 확인으로 서류 제출을 갈음할 수 있습니다.

신고인

(서명 또는 인)

처리 절차



■ 의료기사 등에 관한 법률 시행규칙 [별지 제15호서식]

의료기사 등 면허증 재발급 신청서

※ 바탕색이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간: 5일
-------------	------------	-----------------

신청인	성명			사 진 (3.5cm×4.5cm)
	생년월일			
	주소	(전화번호:)		
	전자우편 (e-mail)			

면허	종류		번호		연월일	
----	----	--	----	--	-----	--

신청사유	
------	--

「의료기사 등에 관한 법률 시행규칙」 제22조에 따라 위와 같이 면허증의 재발급을 신청합니다.

년 월 일

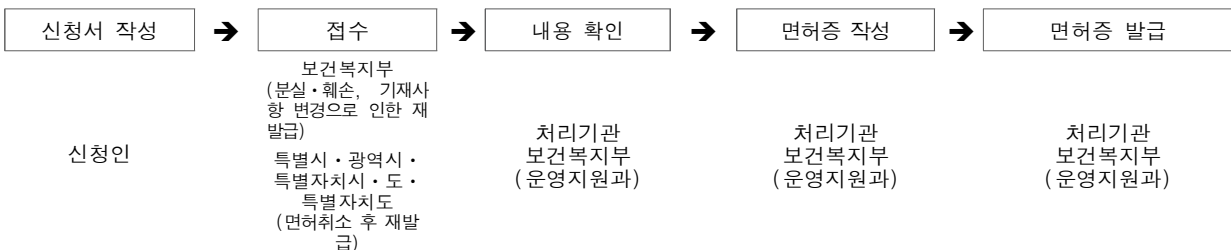
신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	분실·훼손, 기재사항 변경으로 인한 재발급	면허 취소 후 재발급	수수료 (수입인지) 2,000원
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 면허증(면허증을 분실한 경우에는 그 사유설명서) 2. 사진 (신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사, 3.5cm×4.5cm) 1장 3. 변경사실을 증명할 수 있는 서류(면허증 기재사항의 변경으로 인한 재발급신청의 경우에만 제출합니다) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 사진 (신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사, 3.5cm×4.5cm) 1장 2. 면허취소의 원인이 된 사유가 소멸하였음을 증명할 수 있는 서류(「의료기사 등에 관한 법률 시행령」 제12조제1항제1호의 사유에 해당하는 경우에만 제출합니다) 3. 누우치는 빛이 뚜렷함을 인정할 수 있는 서류(「의료기사 등에 관한 법률 시행령」 제12조제1항제2호부터 제4호까지의 사유에 해당하는 경우에만 제출합니다) 	

처리 절차



210mm×297mm(백상지 80g/m²)

[별지13]

「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한
법률 시행규칙」 별지 서식

의료분쟁 조정신청서(환자용)

※ []에는 해당하는 곳에 √ 표를 하며, ()에는 해당 내용을 선택하거나 적습니다.

(앞쪽)

사건번호	접수일	조정일	처리기간	90일(120일)
------	-----	-----	------	-----------

신청인	① 당사자 (환자)	성명	생년월일	성별	
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기		
		연락처	(휴대폰)	(직장)	(자택)
		e-mail	팩스번호	문자메시지 수신	[]원함 []원치 않음
	② 당사자 (상속인)	성명	생년월일	성별	
		환자와의 관계	망 ○○○(생년월일 □□□□□□ / 성별 ____)의 [] 배우자, [] 직계비속, [] 직계존속, [] 형제자매 [] 기타()		
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기		
		연락처	(휴대폰)	(직장)	(자택)
	e-mail	팩스번호	문자메시지 수신	[]원함, []원치 않음	

③ 신청인의 대리인	성명	생년월일	성별	
	신청인과의 관계	[] 법정대리인, [] 배우자, [] 직계존속, [] 직계비속, [] 형제자매 [] 변호사 [] 그 밖에 당사자로부터 대리권을 받은 사람()		
	주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기		
	연락처	(휴대폰)	(직장)	(자택)
	e-mail	팩스번호	문자메시지 수신	[]원함 []원치 않음

④ 피신청인 (보건의료기관개설자, 보건의료인)	성명/법인명(기관명)	연락처	업무담당자 성명
	주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기	
	보건 의료인 성명	연락처	팩스번호
	보건 의료인 진료 과목 및 분야	e-mail	
		[] 내과(소화기, 심장, 기타), [] 외과(일반, 성형, 정형, 신경, 심장혈관흉부) [] 산부인과/소아청소년과, [] 안과/이비인후과, [] 피부과/비뇨의학과 [] 치과, [] 한방 병원·의원, [] 약국 [] 기타()	

⑤ 조정신청 내용	의료분쟁 내용	※ 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 적습니다.		
	조정신청액	수수료	※ 신청금액에 따라 소정의 수수료가 부과됩니다.	
	환자 상태	[] 사망, [] 1개월 이상의 의식불명, [] 장애의 정도가 중증에 해당하는 경우, [] 그 밖의 경우()		

⑥ 의료분쟁 해결 시도 내용	위 조정신청 관련 의료분쟁의 해결을 위해 조정신청 이전에 시도한 내역을 해당 항목에 체크(√)하시고, "그 밖의 경우"에 해당하는 경우에는 그 내용을 적어 주십시오(해당 사항이 없는 경우에는 적지 않습니다).
	[] 민사소송의 제기, [] 소비자분쟁조정위원회에 조정신청, [] 그 밖의 경우() ※ "그 밖의 경우"의 예: 의료기관(의료인)과 합의 시도, 관련 기관(단체)에 구제신청, 법원에의 조정신청 등

「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조에 따라 의료분쟁의 조정을 신청합니다.

※ [] 조정신청 사건 관련 감정완료 시 감정서 배부를 신청합니다(수령방법: [] e-mail, [] 팩스).

년 월 일

⑦ 신청인(또는 대리인)

(서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

첨부서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 환자와 상속인의 관계를 증명하는 서류(환자가 사망한 경우만 해당합니다) 2. 위임장 및 신청인과 대리인의 관계를 증명하는 서류(대리인이 신청하는 경우만 해당합니다.) 3. 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 서류 4. 의료분쟁의 조정신청 대상인 의료사고가 법 제27조제9항에 따른 의료사고에 해당하는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따른 서류 <ul style="list-style-type: none"> 가. 사망: 사망진단서 또는 시체검안서 등 사망을 증명할 수 있는 서류와 해당 사망과 관련된 진료기록 사본 나. 1개월 이상의 의식불명: 진단서 또는 소견서 등 1개월 이상의 의식불명을 증명할 수 있는 서류와 해당 의식불명과 관련된 진료기록 사본 다. 장애의 정도가 중증에 해당하는 경우: 「장애인복지법 시행규칙」에 따른 장애인진단서, 장애인등록증 및 장애인증명서의 사본과 해당 장애와 관련된 진료기록 사본
------	--

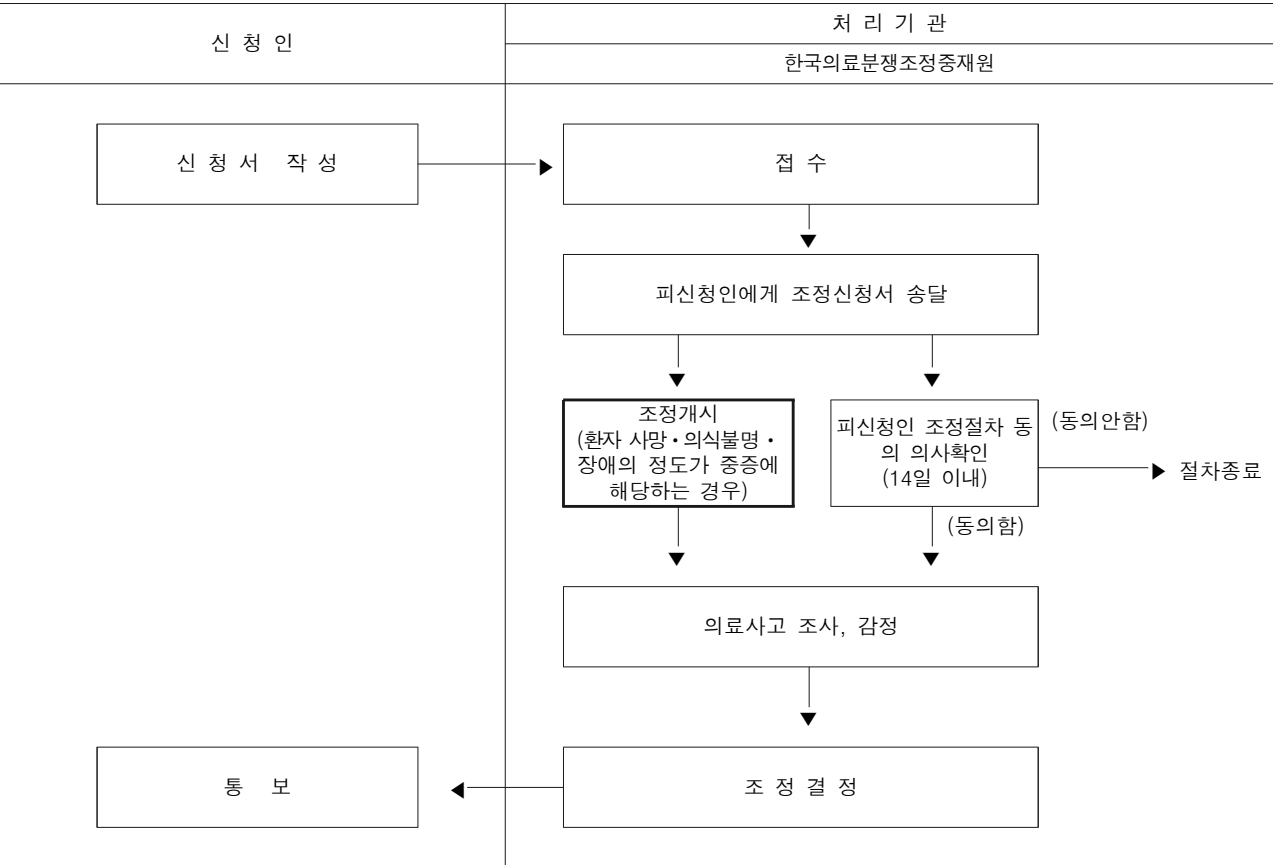
210mm×297mm[일반용지 70g/m²(재활용품)]

신청서 작성요령

- ① **당사자(환자)** : 환자의 성명 등 인적사항, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재하고, 문자메시지 수신 여부에 체크(√)합니다. 환자가 사망한 경우에는 그 상속인이 당사자가 되므로 기재할 필요가 없습니다.
- ② **당사자(상속인)** : 환자가 사망한 경우에만 기재하고(사망신고 여부와는 관계가 없음) 상속인인지 여부를 확인할 수 있도록 사망한 환자의 가족관계증명서를 첨부합니다. 신청하는 상속인의 인적사항, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재하고, 해당란에 체크(√)합니다.
- ③ **신청인의 대리인** : 당사자를 대리하여 조정신청을 하는 사람의 인적사항, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재하고 해당란에 체크(√)합니다. 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제2항에 규정한 사람 외에는 대리인이 될 수 없습니다. 신청인의 대리인으로 선임된 사람은 대리권을 증명할 수 있는 위임장을 첨부해야 합니다.
- ④ **피신청인(보건의료기관개설자, 보건의료인)** : 의료사고가 발생된 보건의료기관을 개설한 자가 개인인 경우에는 개인의 성명, 법인인 경우에는 법인의 명칭(개인의 성명이나 법인의 명칭을 모르는 경우에는 보건의료기관의 명칭)을 기재합니다. 보건의료기관개설자 또는 보건의료기관의 연락처, 업무담당자 성명, 주소, 팩스번호를 기재하고, 의료행위를 한 보건의료인의 성명, 연락처를 기재한 후 진료과목 해당란에 체크(√)합니다. 보건의료기관의 기관명은 통칭이나 약칭은 피하고 정식명칭을 기재합니다. 업무담당자, 팩스번호, e-mail을 모를 경우에는 생략할 수 있습니다. 피신청인이 복수인 경우에는 별지를 사용하여 동일한 방식으로 기재합니다.
- ⑤ **조정신청내용** : 의료분쟁 내용은 간략하게 요약하여 기재하고, 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 기재합니다. 손해배상을 청구하는 치료비, 간병비, 휴업손해 등 일실이익, 위자료 등에 대한 세부사항은 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 별지에 기재하고 조정신청액은 그 청구내역의 총액을 기재합니다. 조정신청액이 500만원 이하인 경우 기본 수수료 2만2천원을 납부해야 하고 500만원 초과 시 1만원 당 20원(5천만원 초과시 10원)을 가산해서 납부해야 합니다. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 국가유공자는 수수료를 면제하고, 「장애인복지법」에 따른 장애인은 수수료를 감액(장애의 정도가 심한 장애인은 50%, 장애의 정도가 심하지 아니한 장애인은 30%) 받을 수 있습니다.
- ⑥ **의료분쟁 해결 시도 내용** : 해당 항목에 반드시 체크(√)하고 “그 밖의 경우”에 해당하는 경우 그 내용을 () 안에 간략하게 기재합니다.
- ⑦ **신청인** : 당사자가 신청하는 경우 당사자 본인인, 당사자의 대리인이 신청하는 경우 대리인이 서명 또는 날인합니다.
 ※ 조정신청사건 관련 감정완료 시 감정서는 1회에 한하여 무료 배부될 수 있으므로, 배부를 신청하는 경우에는 수령 가능한 e-mail 또는 팩스번호 반드시 기재 요망

처 리 절 차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.



■ 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙 [별지 제2호서식]

의료분쟁 조정신청서(보건의료기관개설자·보건의료인용)

※ []에는 해당하는 곳에 √ 표를 하고 ()에는 해당 내용을 선택하거나 적습니다. (앞쪽)

사건번호	접수일	조정일	처리기간	90일(120일)
------	-----	-----	------	-----------

신청인	① 당사자 (보건 의료기관 개설자)	성명/법인명 (기관명)	사업자등록 번호	업무담당자 성명		
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기		의료분쟁 진료 과목 및 분야	
		연락처				
		e-mail	팩스번호	문자메시지 수신	[]원함, []원치 않음	
	② 당사자 (보건 의료인)	성명	생년월일	성별		
		소속 보건 의료기관명		직위		
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기			
		연락처	(휴대폰)	(직장)	(자택)	
진료 과목 및 분야	<input type="checkbox"/> 내과(소화기, 심장, 기타), <input type="checkbox"/> 외과(일반, 성형, 정형, 신경, 심장혈관흉부) <input type="checkbox"/> 산부인과/소아청소년과, <input type="checkbox"/> 안과/이비인후과, <input type="checkbox"/> 피부과/비뇨의학과 <input type="checkbox"/> 치과, <input type="checkbox"/> 한방 병원·의원, <input type="checkbox"/> 약국 <input type="checkbox"/> 기타()					
e-mail	팩스번호	문자메시지 수신	[]원함 []원치 않음			

③ 신청인의 대리인	성명	생년월일	성별	
	관계	[] 임직원, [] 변호사, [] 그 밖에 당사자로부터 대리권을 받은 사람()		
	주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기		
	연락처	(휴대폰)	(직장)	(자택)
	e-mail	팩스번호	문자메시지 수신	[]원함, []원치 않음

피 신 청 인	④ 환자	성명	생년월일	성별	
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기		
		연락처	(휴대폰)	(직장)	(자택)
		e-mail			
	⑤ 상속인	성명	생년월일	성별	
		환자와의 관계	망 ○○○(생년월일 □□□□□□, 성별 ____)의 [] 배우자, [] 직계비속, [] 직계존속, [] 기타()		
		주소	(우편번호) ※ 서류송달주소가 다른 경우 추가 표기		
		연락처	(휴대폰)	(직장)	(자택)
e-mail					

⑥ 조정신청 내용	의료분쟁 내용	※ 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 적습니다.		
	조정신청액	수수료	※ 신청금액에 따라 소정의 수수료가 부과됩니다.	
	환자 상태	[]사망, []1개월 이상의 의식불명, []장애의 정도가 중중에 해당하는 경우, [] 그 밖의 경우()		

⑦ 의료분쟁 해결 시도 내용	위 조정신청 관련 의료분쟁의 해결을 위해 조정신청 이전에 시도한 내역을 해당 항목에 체크(√)하시고, "그 밖의 경우"에 해당하는 경우에는 그 내용을 적어 주십시오(해당 사항이 없는 경우에는 적지 않습니다).
	<input type="checkbox"/> 민사소송의 제기, <input type="checkbox"/> 소비자분쟁조정위원회에 조정신청, <input type="checkbox"/> 그 밖의 경우() ※ "그 밖의 경우"의 예: 의료기관(의료인)과 합의 시도, 관련 기관(단체)에 구제신청, 법원에의 조정신청 등

「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조에 따라 의료분쟁의 조정을 신청합니다.

※ [] 조정신청 사건 관련 감정완료시 감정서 배부를 신청합니다(수령방법: [] e-mail, [] 팩스).

⑧ 신청인 (또는 대리인) 년 월 일
(서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

첨부서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 법인 등기사항증명서(법인인 경우만 해당합니다.) 2. 보건의료기관 개설을 증명할 수 있는 증명서 사본(보건의료기관개설자의 경우만 해당합니다.) 3. 보건의료인임을 증명할 수 있는 면허증 또는 자격증 사본, 보건의료기관에 근무하고 있음을 증명하는 서류 (보건의료인의 경우만 해당합니다.) 4. 위임장 및 신청인과 대리인의 관계를 증명하는 서류(대리인이 신청하는 경우만 해당합니다.) 5. 의료사고 경위 등 분쟁 내용을 적은 서류 6. 의료분쟁의 조정신청 대상인 의료사고가 법 제27조제9항에 따른 의료사고에 해당하는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따른 서류 <ul style="list-style-type: none"> 가. 사망: 사망진단서 또는 시체검안서 등 사망을 증명할 수 있는 서류와 해당 사망과 관련된 진료기록 사본 나. 1개월 이상의 의식불명: 진단서 또는 소견서 등 1개월 이상의 의식불명을 증명할 수 있는 서류와 해당 의식불명과 관련된 진료기록 사본 다. 장애의 정도가 중중에 해당하는 경우: 「장애인복지법 시행규칙」에 따른 장애진단서, 장애인등록증 및 장애인증명서의 사본과 해당 장애와 관련된 진료기록 사본
------	--

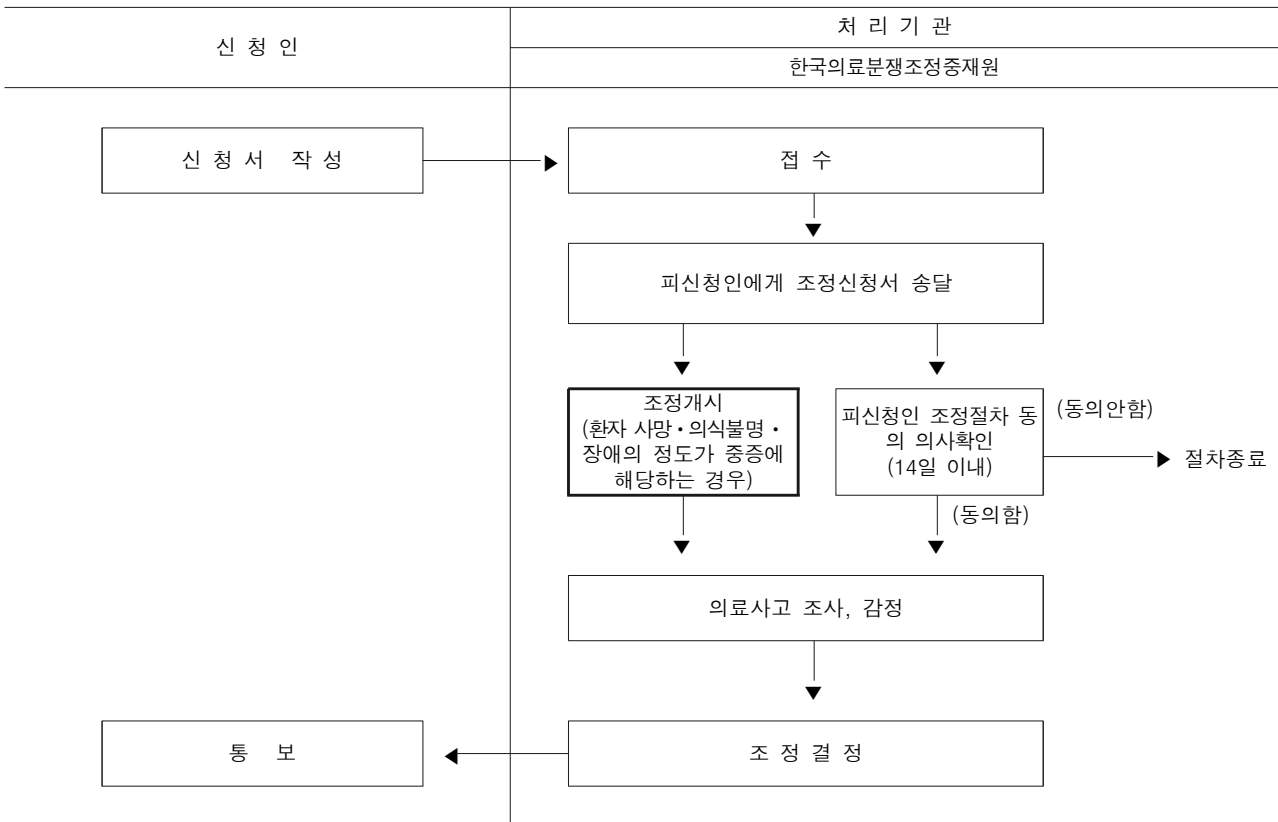
신청서 작성요령

- ① **당사자(보건의료기관개설자)** : 보건의료행위가 이루어진 보건의료기관을 개설한 자가 개인인 경우는 보건의료기관 개설 시 등록된 성명, 법인인 경우는 법인등기부 등본 상의 명칭을 정확하게 기재하고 보건의료기관개설자 또는 보건의료기관의 사업자등록번호, 업무담당자 성명, 주소, 의료분쟁 진료과목 및 분야, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재 후 해당란에 체크(√)합니다.
- ② **당사자(보건의료인)** : 의료행위를 한 보건의료인의 인적사항, 소속 보건의료기관명(①와 동일한 경우에는 해당 명칭), 직위, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재하고 진료과목 해당란에 체크(√)합니다.
- ③ **신청인의 대리인** : 당사자를 대리하여 조정신청을 하는 사람의 인적사항, 연락처, e-mail, 팩스번호를 기재하고, 해당란에 체크(√)합니다. 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조제2항에 규정된 사람 외에는 대리인이 될 수 없습니다. 신청인의 대리인으로 선임된 사람은 대리권을 증명할 수 있는 위임장을 첨부하여야 합니다.
- ④ **피신청인(환자)** : 환자의 성명 등 인적사항, 연락처를 기재합니다. 환자가 사망한 경우에는 그 상속인이 피신청인이 되므로 기재할 필요가 없습니다.
- ⑤ **피신청인(상속인)** : 환자가 사망한 경우에만 기재합니다(사망신고 여부와는 관계가 없음). 사망한 환자의 배우자, 직계비속, 직계존속 중 유족을 대표할 수 있는 사람을 특정하여 인적사항을 기재하고 해당란에 체크(√)합니다. 생년월일을 모름 경우에는 생략할 수 있습니다.
- ⑥ **조정신청내용** : 의료분쟁 내용은 간략하게 요약하여 기재하고, 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용은 별지에 기재합니다. 피신청인에게 배상하고자 하는 치료비, 간병비, 휴업손해 등 일일이익, 위자료 등이 있다면 세부사항은 자세한 의료사고 경위 등 분쟁내용을 적은 별지에 기재하고 조정신청액은 그 배상내역의 총액을 기재합니다. 배상할 손해가 없는 경우에는 '채무부존재' 라고 기재합니다. 조정신청액이 500만원 이하인 경우 기본 수수료 2만2천원을 납부해야 하고 500만원 초과 시 1만원 당 20원(5천만원 초과 시 10원)을 가산해서 납부해야 합니다.
- ⑦ **의료분쟁 해결 시도 내용** : 해당 항목에 반드시 체크(√)하고 "그 밖의 경우" 에 해당하는 경우 그 내용을 () 안에 간략하게 기재합니다.
- ⑧ **신청인** : 당사자가 신청하는 경우 당사자 본인이, 당사자의 대리인이 신청하는 경우 대리인이 서명 또는 날인합니다.

※ 조정신청사건 관련 감정완료 시 감정서는 1회에 한하여 무료 배부될 수 있으므로, 배부를 신청하는 경우에는 수령 가능한 e-mail 또는 팩스 번호 반드시 기재 요망

처 리 절 차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.



감정서 등 열람 복사 신청서

※ 에는 해당하는 곳에 표를 하고 ()에는 해당 내용을 적습니다.

접수번호	접수일	처리일	처리기간	즉시
신청인	성명		전화번호	
			e-mail	
자격	[<input type="checkbox"/>] 신청인 [<input type="checkbox"/>] 피신청인		소명자료	신분증 [<input type="checkbox"/>]
	[<input type="checkbox"/>] 당사자 [<input type="checkbox"/>] 대리인			기타 ()

	대상기록	사건번호	사건명	담당 조정부
		신청내용	열람 및 복사 내용	
		[<input type="checkbox"/>] 감정서	[<input type="checkbox"/>] 열람 [<input type="checkbox"/>] 복사 ()부	
		[<input type="checkbox"/>] 조정결정서	[<input type="checkbox"/>] 열람 [<input type="checkbox"/>] 복사 ()부	
		[<input type="checkbox"/>] 조정조서	[<input type="checkbox"/>] 열람 [<input type="checkbox"/>] 복사 ()부	
		[<input type="checkbox"/>] 조정기일의 일시, 장소, 당사자의 출석여부를 기록한 문서	[<input type="checkbox"/>] 열람 [<input type="checkbox"/>] 복사 ()부	
		[<input type="checkbox"/>] 신청인 또는 피신청인 본인이 조정종재원에 제출한 문서 (문서의 종류·내용:)	[<input type="checkbox"/>] 열람 [<input type="checkbox"/>] 복사 ()부	

「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제38조 및 같은 법 시행규칙 제8조에 따라 감정서 등의 열람·복사를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

신청수수료	원 (건당 500원)	비용납부 여부 확인란 * 감정서는 1회에 한하여 신청인에게 무료로 배부합니다
복사비용	원 (장당 50원)	

비고	
----	--

영수일시	영수인	(서명 또는 날인)
------	-----	------------

[별지14]

「전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한
법률 시행규칙」 별지 서식

수련병원등 및 수련전문과목 지정신청서

(앞쪽)

접수번호	접수일자	처리기간 60일
------	------	----------

기관	기관 명칭	
	주소	
	전자우편주소	
	신청인 성명	전화번호

수련 전문 과목 신청사항	내과	신경과	정신건강의학과
	외과	정형외과	신경외과
	심장혈관흉부외과	성형외과	마취통증의학과
	산부인과	소아청소년과	안과
	이비인후과	피부과	비뇨의학과
	영상의학과	방사선종양학과	병리과
	진단검사의학과	결핵과	재활의학과
	예방의학과	가정의학과	응급의학과
	핵의학과	직업환경의학과	인턴
	모자결연 병원 명칭:		

「전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률」 제13조제1항, 같은 법 시행령 제3조제1항 및 같은 법 시행규칙 제4조제1항에 따라 위와 같이 수련병원등 및 수련전문과목의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

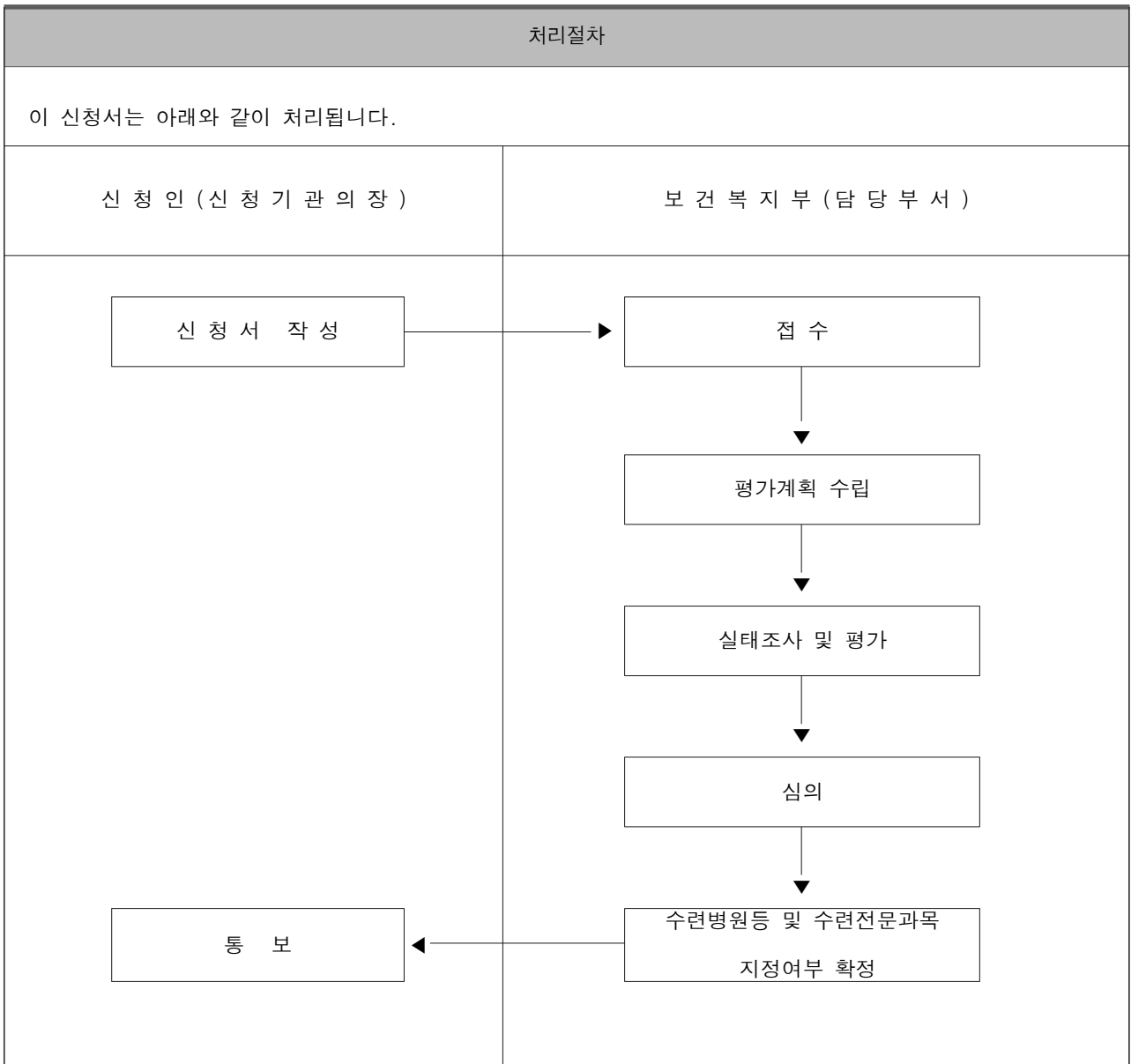
(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 의료기관의 경우: 다음 각 목의 서류 <ol style="list-style-type: none"> 가. 별지 제2호서식의 수련병원등 실태 조서 나. 의료기관 개설허가증 사본 2. 의과대학, 의학전문대학원 및 그 밖의 보건관계 기관: 다음 각 목의 구분에 따른 서류 <ol style="list-style-type: none"> 가. 예방의학과를 수련전문과목으로 하는 경우: 다음의 서류 <ol style="list-style-type: none"> 1) 별지 제3호서식의 예방의학과 수련병원등 실태 조서 2) 해당 기관의 설립 또는 설치 등을 증명할 수 있는 서류 사본 나. 직업환경의학과를 수련전문과목으로 하는 경우: 다음의 서류 <ol style="list-style-type: none"> 1) 별지 제4호서식의 직업환경의학과 수련병원등 실태 조서 2) 해당 기관의 설립 또는 설치 등을 증명할 수 있는 서류 사본 	수수료 없음
------	---	-----------

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

※ "수련 전문과목 신청사항"란에는 신청기관에서 현재 수련받고 있는 전공의의 수와 새로이 수련을 시키기를 원하는 전공의의 수를 합산하여 해당되는 수련전문과목에 대해 각각 기재합니다.



수련병원등 실태 조서

(제43-1쪽)

수련병원등 명세	병원명(법인명)	
	요양기관기호	
	주소	
	전자우편주소	
	개설자 성명	설립 연월일
	병원장 성명 (전문과목:)	
	수련(교육) 책임자 (전문과목:)	
	병상 수	허가병상 수 병상
		가동병상 수 병상
	병원구분	[] 상급종합병원 [] 종합병원 [] 병원(정신병원을 포함합니다)
	병원설립 형태	[] 국립(의과대학) [] 국립(그 밖의 대학) [] 학교법인(의과대학)
		[] 특수법인(의과대학) [] 특수법인(그 밖의 대학) [] 공립(보건의료원)
		[] 공사(공단) [] 시립 [] 사회복지법인
[] 사단법인 [] 재단법인 [] 의료법인		
[] 군병원 [] 회사법인 [] 그 밖의 형태 ()		
전공의 수련여부	[] 인턴 및 레지던트 [] 단과 레지던트(과명:)	
	[] 인턴 및 가정의학과 레지던트 [] 인턴	
	[] 비수련[단과 레지던트(과명:)]	
응급진료 지정여부	[] 중앙응급의료센터 [] 전문응급의료센터	
	[] 권역응급의료센터 [] 지역응급의료센터	
	[] 지역응급의료기관 [] 비지정	

1-1. 시설 현황

구 분	면적		
대지(총 면적)	m ²		
건축면적	m ²		
건물 바닥면적 (각 층별 바닥면적의 합 계를 적습니다)	m ²		
시설 종류	면적		
외래시설	m ²		
병동시설	m ²		
중앙진료시설	m ²		
연구, 실험시설	m ²		
약제시설	m ²		
중앙공급시설	m ²		
세탁시설	m ²		
급식시설(조리시설)	m ²		
급식시설(식당시설)	m ²		
주차시설	일반용 대	장애인용 대	응급용 대
행정 및 관리시설	m ²		
편의시설	m ²		
전공의수련 관련 시설	m ²		
그 밖의 시설	m ²		

210mm×297mm[백상지 80g/ m²]

1-2. 병실 및 병상 현황(입원병실)

병실 종류			병실 수	병상 수	연 입원 환자 수	총 면적	냉난방시설 (해당란에 표)		공기조화 (해당란에 표)	
분류	세분류	세세분류					중앙	부분	전체	부분
일반입원병실	일반병실	()인용								
일반입원병실	일반병실	()인용								
일반입원병실	일반병실	()인용								
일반입원병실	일반병실	()인용								
일반입원병실	일반병실	()인용								
일반입원병실	일반병실	그 밖의 병실								
일반입원병실	상급병실	특실								
일반입원병실	상급병실	1인용								
일반입원병실	상급병실	그 밖의 병실								
소계										
중환자실	성인									
중환자실	소아									
중환자실	신생아									
소계										
그 밖의 입원 병실	동위원소	치료병실								
그 밖의 입원 병실	격리병실	음압								
		비음압								
그 밖의 입원 병실	무균치료실									
그 밖의 입원 병실	신생아실									
소계										

1-3. 병실 및 병상 현황(그 밖의 병실)

병실 종류	세부항목	병실 수	병상 수	총 면적	냉난방시설 (해당란에 ○표)		공기조화 (해당란에 ○표)	
					중앙	부분	전체	부분
수술실				m ²				
회복실				m ²				
분만실				m ²				
응급실				m ²				
낮병동				m ²				
그 밖의 병실				m ²				
그 밖의 병실				m ²				
그 밖의 병실				m ²				
합계				m ²				

1-4. 병실 및 병상 현황(전문과목별)

전문과목 구분	평가년도		평가전년도	
	병실 수	병상 수	병실 수	병상 수
내과				
소아청소년과				
신경과				
정신건강의학과				
피부과				
외과				
심장혈관흉부외과				
정형외과				
신경외과				
성형외과				
산부인과				
안과				
이비인후과				
비뇨의학과				
결핵과				
재활의학과				
방사선종양학과				
가정의학과				
응급의학과				
핵의학과				
직업환경의학과				
응급실				
그 밖의 전문과목				
계				

※ 응급의학과를 개설하지 않고 응급실만 운영하는 경우에는 "응급실"란에 해당 현황을 적습니다.

※ 위 표의 전문과목 외의 경우에는 "그 밖의 전문과목"란에 해당 현황을 적되, 치과는 적지 않습니다.

1-5. 병원 종사자 현황

직종 구분		본원			외부용역 현원(명)
		현원(명)	퇴직자 수(명)	신규채용자 수(명)	
의사직	전문의				
	전공의	인턴			
		레지던트			
	일반의				
	치과의				
한의사					
간호직	간호사				
	간호조무사				
	보조인력				
약제	약사				
	약무보조				
	전공약사				
	일반직원				
의료기사 등	임상병리사				
	방사선사				
	물리치료사				
	작업치료사				
	치과기공사				
	치과위생사				
	보건의료정보관리사				
	응급구조사				
	그 밖의 직원(자격증 소지자)				
	그 밖의 직원(자격증 소지자 외)				
행정	행정				
의학교육 지원 실	사서				
	일반직원				
의료사회복지 종사자	사회복지사				
	일반직원				
영양	영양사				
	조리사				
	일반직원				
시설안전	안전관리자(시설안전 총괄)				
	방화관리자				
	에너지관리자				
	일반직원				
전산	전산기사				
	일반직원				
콜센터	전화응대직원				
의공학	의공학기사				
	일반직원				
그 밖의 직종	운전기사				
	경비				
	미화원(청소)				
	세탁원				
	그 밖의 직원				
계					

1-6. 병상당 인력 현황

병원종사자	재직인원		계	가동 병상 수(개)	병상당 인력(명)	비고
	본원(명)	외부용역(명)				
의사						
간호사						
약무직						
의료기사						
영양사						
사회복지사						
행정관리직						
그 밖의 인력						
합계						

1-7. 진료과, 진료부서 및 그 밖의 시설 (해당란에 ○표)	내과	치과	인공사지 제작시설	
	소아청소년과	건강검진센터(건강관리과)	중앙공급실	
	신경과	간호과	혈액은행	
	정신건강의학과	영양과	환자 급식시설	
	피부과	약제과	환자 휴게실	
	외과	의무기록실/의료정보실	의학교육 지원실	
	심장혈관흉부외과	의료사회사업과	강의(회의)실	
	정형외과	일반병실	임상연구실	
	신경외과	격리병실	전공의 숙소	
	성형외과	중환자실	내과·외과	간호사 숙소
	산부인과		심장내과	세탁시설
			심혈관외과	
	안과		신경과·신경외과	환자 목욕시설
	이비인후과		신생아	난방시설
			소아	
	비뇨의학과		그 밖의 과목 ()	냉방시설
	결핵과	무균치료실	방화시설	
	재활의학과	수술실	비상조명시설	
	마취통증의학과	회복실	환기장치	
	영상의학과	분만실	비상급수시설	
	방사선종양학과	신생아실	자가발전시설	
	진단검사의학과	화상치료실	의료폐기물 관리시설	
	병리과	인공투석실	폐수처리시설	
	가정의학과	응급실	영안실	
	응급의학과	물리치료실	부검실	
	핵의학과	작업치료실	전용 주차장	
직업환경의학과	재활원			

1-8. 전문과목별 환자 진료실적

작성 기준일: 년 월 일부터
 년 월 일까지

전문과목 구분	외래환자 수			입원환자 수		퇴원환자 수			사망자 수		부검 수
	초진	재진	연인원	실인원	연인원	실인원	연인원	평균 재 원일수(A LOS)	입원 후 48시간 전	입원 후 48시간 후	
내과											
소아청소년과											
신경과											
정신건강의학과											
피부과											
외과											
심장혈관흉부외과											
정형외과											
신경외과											
성형외과											
산부인과											
안과											
이비인후과											
비뇨의학과											
결핵과											
재활의학과											
방사선종양학과											
가정의학과											
응급의학과											
핵의학과											
직업환경의학과											
응급실											
그 밖의 전문과목											
계											

※ 응급의학과를 개설하지 않고 응급실만 운영하는 경우에는 "응급실"란에 해당 현황을 적습니다.

※ 위 표의 전문과목 외의 경우에는 "그 밖의 전문과목"란에 해당 현황을 적되, 치과는 적지 않습니다.

1-9. 그 밖의 진료 관련 통계

작성 기준일: 년 월 일부터
 년 월 일까지

환자 통계 구분		조사 수	비고
사망 통계	48시간 이전 사망 수		
	48시간 이후 사망 수		
	모성 사망 수		
	신생아 사망 수		
	수술 후 사망 수(10일 내)		
	사산아 수		
	마취 중 사망 수		
신생아 통계	퇴원 수		
	재원 연인원		
수술 통계	총 수술환자 수		
	총 수술 건수		
	수술 후 감염 건수		
	병리조직검사 건수		
	제왕절개 수술 건수		
	불임시술 건수		
분만 수			
출생 수			
마취 건수	전신마취		
	부위마취(국소마취를 포함합니다)		
방사선촬영 건수	일반촬영		
	특수촬영		
진단검사 건수			
병리검사 건수	특수병리		
	조직병리		
	세포병리		
혈액학 검사 및 치료 건수	체내검사		
	체외검사		
	방사성 동위원소 치료		
외래환자 원내 조제 처방전 발행 건수			
퇴원환자의 진료실적	완쾌 및 경쾌(輕快)		
	호전 안됨		
	진단만 실시		
	가망 없는 퇴원		
	사망		
협의진단(consultation)			
원내 감염 건수			
합병증 발생 건수			
재원환자 통계	연간 최고 재원환자 수		
	연간 최저 재원환자 수		
	전년도 최종일(12.31) 재원환자 수		

1-10. 의사 배치 현황

전문과목 구분	일반의		전문의		레지던트								전공의	
	상근	비상근	전속	지도	1년차		2년차		3년차		4년차		현원계	징집보류계
					현원	징집보류	현원	징집보류	현원	징집보류	현원	징집보류		
내과														
소아청소년과														
신경과														
정신건강의학과														
피부과														
외과														
심장혈관흉부외과														
정형외과														
신경외과														
성형외과														
산부인과														
안과														
이비인후과														
비뇨의학과														
결핵과											/	/		
재활의학과														
마취통증의학과														
영상의학과														
방사선종양학과														
진단검사의학과														
병리과														
가정의학과											/	/		
응급의학과														
핵의학과														
직업환경의학과														
예방의학과											/	/		
건강검진센터														
응급실														
중환자실														
그 밖의 과목														
인턴	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
계														

※ "징집보류"란 군 징집이 보류된 전공의 인원을 말합니다.

※ 응급의학과를 개설하지 않고 응급실만 운영하는 경우에는 "응급실"란에 해당 현황을 적습니다.

※ 위 표의 전문과목 외의 경우에는 "그 밖의 전문과목"란에 해당 현황을 적되, 치과는 적지 않습니다.

1-11. 전공의 관련 세부현황

전공의 인력 현황	구 분	정원(명)	확보 인원(명)	확보율(%)
	인턴			
	레지던트 1년차			

전공의 급여

구분	월 급여	제수당	상여금(정근수당)	퇴직금	비고
인턴					
레지던트 1년차					
레지던트 2년차					
레지던트 3년차					
레지던트 4년차					

그 밖의 급여 내용

전공의 관련 시설 현황	[] 전공의 당직시설				
	[] 전공의 교육시설	[] 강의실	[] 회의실		
	[] 그 밖의 교육시설()				

1-12. 간호인력 배치 현황

구분	간호사(명)				그 밖의 인력(명)			총계
	감독 간호사 이상	수 간호사	일반 간호 사	계	간호 조무사	보조인력	계	
중환자실								
무균치료실								
분만실								
신생아실								
수술실								
회복실								
인공신장실								
중앙공급실								
응급실								
물리치료실								
외래								
간호사무실								
일반병동								
격리병동								
성분헌혈실								
정신건강의학과 병동								
가정간호								
호스피스병동								
그 밖의 병동								

1-13. 간호과

환자 대비 간호사 비율	수간호사 수 + 일반간호사 수 (A)	명
	1일 평균 재원환자 수 (B)	명
	간호사 수(A) ÷ 1일 평균 재원환자 수(B)	
간호사 근무상황	[] 2교대 [] 3교대 [] 그 밖의 경우()	
환자를 위한 간호계획	[] 있음 [] 없음	
간호사 기숙사 설치 여부	[] 있음 [] 없음	

1-14. 영양과

영양부서 책임자	성명	자격
----------	----	----

영양사 현황

성명	면허번호	경력	비고

수행 업무	[] 식단 작성 및 영양가 분석 [] 급식재료 관리 [] 조리·배식·검식 [] 식사처방 관리 [] 급식위생 및 안전관리 [] 영양집중지원 관리 [] 영양교육 및 상담 [] 영양초기평가 및 영양불량 위험환자 관리
-------	---

시설·설비 현황	영양상담실	[] 있음 [] 없음	
	조리장	식기세척기 [] 있음 [] 없음	적온배식차 [] 있음 [] 없음
		저장시설(식품) [] 있음 [] 없음	급식 전용 승강기 [] 있음 [] 없음
		저장시설(비식품) [] 있음 [] 없음	샤워실 [] 있음 [] 없음
		냉장·냉동시설 [] 있음 [] 없음	전용 화장실 [] 있음 [] 없음
		방충설비 [] 있음 [] 없음	

급식관리	급식운영방법	[] 병원 직영 [] 위탁 운영	
	급식실적	연간 환자 급식 수	식
		연간 치료식 수	식
		연간 멸균식 수	식
		연간 경관영양유동식 수	식

1-15. 약국

약국장	성명	자격	
약제부서 현황			
총 인원(명)	약사(명)	전공약사(명)	약제 보조원(명)
약사 현황			
성명	면허번호	경력	비고
약제시설 및 환경	약제부서 총 면적	㎡	
	의약품 보관 장소 구분 여부	[] 구분함	[] 구분하지 않음
	주사제 무균조제 공간 구분 여부	[] 구분함	[] 구분하지 않음
의약품 취급·관리 규정 현황	[] 마약류 취급 규정		
	[] 고위험군 약품 관리 규정		
	[] 고주의성 약품 관리 규정		
	[] 자가투약의약품 관리 규정		

1-16. 의무기록실

의무기록실(과)장	성명	자격		
보건의료정보관리사 현황				
성명	면허번호	담당업무	경력	비고
의무기록(의료정보) 관리 현황	[] 전자의무기록	[] 텍스트 EMR		
		[] 영상 EMR		
		[] 그 밖의 기록()		
	[] 종이기록	[] 입원환자 기록관리		
[] 외래환자 중앙관리				
		[] 응급환자 기록관리		

1-17. 의학교육 지원실

책임자	성명									
의학교육 지원실 세부사항	직원 수		사서: 명, 그 밖의 직원:		명					
	좌석 수			운영시간(평일)						
	석			시부터		시까지				
	운영규정 [] 있음 [] 없음									
	도서분류 방법 [] D.D.C. [] K.D.C. [] N.L.M.C. [] 그 밖의 방법()									
	도서편목 방법 [] MARC 21(USMARC) [] KORMARC [] 그 밖의 방법()									
	장서 현황		구분		국내		국외			
			책자		전자		책자		전자	
			정기간행물		종		종		종	
			의학도서		권		권		권	
	일반도서		권		권		권			
전년도 수서현황		구분		국내		국외				
		책자		전자		책자		전자		
		정기간행물		종		종		종		
		데이터베이스		종		종		종		
		의학도서		권		권		권		
일반도서		권		권		권				
원문제공 실시 현황		신청 건수			제공 건수					
		시설 현황		면적		잡지 서가				
m ²				대						
서가				정보검색용 PC						
대				대						
복사기				빔프로젝트						
대		대								
스캐너										
대										
그 밖의 시설										

1-18. 응급실

책임자	성명		자격	
응급실 세부사항	응급실 직원 수			
	전속 의사:		명	
	전임 간호사:		명	
	그 밖의 직원:		명	
	응급실 면적		응급실 병상	
	m ²		개	
	시설 현황	[] 흡인기(Suctioner) [] 전용 주차장 그 밖의 응급장치	[] 산소호흡장치 [] 냉난방장치	
응급환자 기록대장			[] 있음 [] 없음	
진료 사항	연간 응급환자 수	명	응급실 경유 입원환자 수	명
	응급실 치료 퇴원환자 수	명	응급실 사망환자 수	명
전공의 근무	레지던트 근무자	명	인턴 근무자	명

1-19. 중앙공급실

책임자	성명		자격	
중앙공급실 세부사항	근무자 수	전임간호사	명	
	그 밖의 직원		명	
	시설 현황	[] 반납·세척실 [] 포장·제작실 [] 멸균기실 [] 멸균품 보관실	면적	m ²
	소독(멸균)품·비소독(비멸균)품 관리창구 분리 여부		[] 분리함 [] 분리하지 않음	
	오염·준청결·청결·멸균 구역 구분 여부		[] 구분함 [] 구분하지 않음	
	소독(멸균)품 관리방법	소독(멸균) 방법		
		[] 고압증기 멸균(Autoclave)	[] E0 gas 멸균	
[] 가스 플라즈마 멸균		[] 건열 멸균		
[] 그 밖의 방법()				
소독(멸균)기 관리방법				
[] 기계적·물리학적 표지자(MI)	[] 화학적 표지자(CI)			
[] 생물학적 표지자(BI)	[] 일상점검			

1-20. 중환자실

일반 현황						
구분	병상 수	병상당 면적(㎡)	병상 간 이격 거리(m)	진료실적		간호등급
				연인원(명)	실인원(명)	
종합 중환자실						
내과계 중환자실						
외과계 중환자실						
소아 중환자실						
신생아 중환자실						
그 밖의 중환자실						

허가받은 입원실 병상 수 대비 중환자실 병상 수(%):

※ 300병상 이상 종합병원은 입원실 병상수의 5% 이상 중환자실 병상을 갖추어야 합니다.

인력 현황						
구분	전담전문의		전담의(명)	전담간호사(명)	간호조무사(명)	보조인력(명)
	전문과목	인원(명)				
종합 중환자실						
내과계 중환자실						
외과계 중환자실						
소아 중환자실						
신생아 중환자실						
그 밖의 중환자실						

구분	구분		현황	
	단위(Unit)별 출입 통제 시스템		[] 있음 [] 없음	
시설 및 장비 현황	무정전(無停電) 시스템		[] 있음 [] 없음	
	중앙공급식 의료가스시설(병상당)			개
	심전도 모니터(병상당)			개
	맥박산소계측기(병상당)			개
	지속적수액주입기(병상당)			개
	침습적 동맥혈압모니터			개
	인공호흡기			개
	후두경(Unit당)			개
	엠부백(마스크 포함)(Unit당)			개
	심전도기록기(Unit당)			개
	심장충격기(Unit당, 신생아중환자실은 제외)			개
	손씻기 시설(3개 병상당)			개
	보육기*			개
	광선기*			개
	집중치료기*			개
	격리실	음압		개
		비음압		개

※ "*" 표시된 란에는 신생아 중환자실에 설치된 시설 및 장비의 현황만 적습니다.

중환자실 적정성 평가 등급	[] 1등급	[] 2등급	[] 3등급
	[] 4등급	[] 5등급	[] 해당없음

1-21. 수술실 현황

책임자	성명		직책		
일반현황	구분	개수(개)	연간 수술 건수		
			전신마취(건)	부위마취(건)	국소마취(건)
	수술실				
	응급 수술실				
	그 밖의 수술실				

인력 현황

책임자 성명(전문과목)	간호사(명)	간호조무사(명)	보조인력(명)

시설 및 장비 현황	[<input type="checkbox"/>] 공기정화설비	[<input type="checkbox"/>] 냉난방 장치
	[<input type="checkbox"/>] 조명 장치	[<input type="checkbox"/>] 멸균수세(滅菌水洗) 시설
	[<input type="checkbox"/>] 수술용 기구(수술용 피복, 붕대재료, 기계기구 등)	
	[<input type="checkbox"/>] 의료가스 시설	[<input type="checkbox"/>] 소독 및 배수 시설
	[<input type="checkbox"/>] 호흡장치(안전관리시설 포함)	[<input type="checkbox"/>] 기도 내 삽관유지 장치
	[<input type="checkbox"/>] 인공호흡기	[<input type="checkbox"/>] 마취환자의 호흡감시 장치
	[<input type="checkbox"/>] 심전도 모니터	[<input type="checkbox"/>] 예비전원설비(축전지 또는 발전기 등)
수술실 활용 기록 및 통계 관리 현황	수술 건수 [<input type="checkbox"/>] 전신 마취 [<input type="checkbox"/>] 부위 마취 [<input type="checkbox"/>] 국소 마취	
	[<input type="checkbox"/>] 환자정보 [<input type="checkbox"/>] 수술간호 정보 [<input type="checkbox"/>] 마취 정보 [<input type="checkbox"/>] 수술 정보 [<input type="checkbox"/>] 수술환자 안전 관련 정보(스펀지 카운트 등)	

1-22. 회복실

책임자	성명	직책
회복실 병상 수	개	

인력 현황

책임자 성명(전문과목)	간호사(명)	간호조무사(명)	보조인력(명)
시설 및 장비 현황	[<input type="checkbox"/>] 의료 가스 시설	[<input type="checkbox"/>] 환자 감시 장치	
	[<input type="checkbox"/>] 조명 장치	[<input type="checkbox"/>] 제세동기	[<input type="checkbox"/>] 환자 체온 유지 장비

1-23. 관련 위원회 현황

수련위원회 현황

구성 현황	위원명	성별	자격	책임	비고	

활동 주요내용	일자	주요 내용	참석 인원	비고	

집담회 현황

집담회 성격	연간 개최 횟수	평균 시간	평균 출석률
학술 집담회			
임상병리 집담회			
방사선 집담회			
증례(證例) 합병증 사인(死因) 토론회			
학술 토론회			

2-1. 내과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		
내과 세부사항	시설 및 기구 현황	[] 심전도기		[] 인공호흡기							
		[] 상부위장관 내시경		[] 복부초음파기							
		[] 하부위장관 내시경		[] 흉수천자기							
		[] 폐활량검사기		[] 중심정맥관 삽입 기구							
		[] 관절천자기		[] 심폐소생술 기구							
		[] CT		[] 복수천자기							
		[] 심초음파기		[] 골수검사 기구							
		[] EVL		[] Holter							
		[] 갑상선검사용 초음파기		[] 관절검사용 초음파기							
		[] 기관지 내시경									
시설 및 기구 현황 (인턴 수련병원만 해당합니다)	[] 심전도기		[] 안저검사경								
	[] 인공호흡기		[] 천자류								
환자 진료실적	외래				명	퇴원				명	
레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	명			
	2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	명			
	3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	명			
	4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	명			
	계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	명			
	정원 대비 확보 인원 비율:				%						

2-3. 신경과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

신경과 세부사항	시설 및 기구 현황	<input type="checkbox"/> 중환자실 <input type="checkbox"/> 뇌파검사기 <input type="checkbox"/> 근전도검사기 <input type="checkbox"/> 경두개초음파검사기 <input type="checkbox"/> 뇌혈관 촬영시설 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI											
	환자 진료실적	외래					명	퇴원					명
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
		계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
정원 대비 확보 인원 비율:				%									

2-4. 정신건강의학과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

정신건강의학과 세부사항	시설 및 기구 현황	<input type="checkbox"/> 환자용 침대 20개 이상 <input type="checkbox"/> 정신과 진단 및 평가용 기재 <input type="checkbox"/> 뇌파기(단과병원만 해당합니다)									
	환자 진료실적	외래					퇴원				
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
정원 대비 확보 인원 비율:										%	

2-5. 피부과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

피부과 세부사항	시설 및 기구 현황	<input type="checkbox"/> 자외선치료기 <input type="checkbox"/> 임상사진 촬영시설 <input type="checkbox"/> 교육용 병리조직 슬라이드 <input type="checkbox"/> 현미경 <input type="checkbox"/> 전기치료기구 <input type="checkbox"/> 냉동치료기 <input type="checkbox"/> 첩포실험 세트 <input type="checkbox"/> 피내반응검사 및 단자검사기구 <input type="checkbox"/> 우드등(Wood Light)											
	환자 진료실적	외래			명			퇴원			명		
	레지던트	1년차	정원	명		확보 인원	명		현재 인원	명		명	
		2년차	정원	명		확보 인원	명		현재 인원	명		명	
		3년차	정원	명		확보 인원	명		현재 인원	명		명	
		4년차	정원	명		확보 인원	명		현재 인원	명		명	
		계	정원	명		확보 인원	명		현재 인원	명		명	
정원 대비 확보 인원 비율:								%					

2-6. 외과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

외과 세부사항	시설 및 기구 현황	[] 수술 중 진단용 X-선(C-arm 또는 portable X-ray) [] 수술 중 초음파 검사기구 [] 복강경 수술기구(Laparoscopic surgery unit) [] 혈관 수술기구(혈관 감자 및 인조혈관, Vascular surgery unit) [] 전기소작기(Electric coagulator) [] 아르곤 빔 소작기(Argon beam coagulator) [] 초음파 절삭기(Ultrasonic tissue dissector) [] 전파 절삭기(Bipolar vessel sealing system)											
	환자 진료실적	외래				명		퇴원				명	
	레지던트	1년차	정원	명		확보 인원	명		현재 인원	명			
		2년차	정원	명		확보 인원	명		현재 인원	명			
		3년차	정원	명		확보 인원	명		현재 인원	명			
		4년차	정원	명		확보 인원	명		현재 인원	명			
		계	정원	명		확보 인원	명		현재 인원	명			
정원 대비 확보 인원 비율:										%			

2-7. 심장혈관흉부외과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		
심장혈관 흉부외과 세부사항	시설 및 기구 현황	[] 수술실 [] 인공심폐기 [] 대동맥 풍선 박동기 [] 흉강경수술장비 [] 심혈관촬영실 [] 심장초음파 [] 중환자실									
	환자 진료실적	퇴원 명									
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
정원 대비 확보 인원 비율: %											

2-8. 정형외과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		
정형외과 세부사항	시설 및 기구 현황	[] 수술실 및 정형외과 수술 장비 [] 골절테이블 및 접골기구 [] 손수술기구 [] 관절성형술기구 [] 척추수술기구 [] 케스트실 및 석고붕대시설 [] 골건인장치 [] 물리치료실									
	환자 진료실적	퇴원 명									
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
정원 대비 확보 인원 비율: %											

2-9. 신경외과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년 월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

신경외과 세부사항	시설 및 기구 현황	<input type="checkbox"/> 외과계 중환자실 <input type="checkbox"/> 신경외과용 수술실 <input type="checkbox"/> 뇌·척추 수술기구 <input type="checkbox"/> 수술현미경 <input type="checkbox"/> 뇌혈관 및 척추조영 촬영이 가능한 방사선시설([<input type="checkbox"/>] CT [<input type="checkbox"/>] MRI) <input type="checkbox"/> 공용 물리치료기구 및 물리치료실 <input type="checkbox"/> 공용 신경생리검사시설 ([<input type="checkbox"/>] 근전도 [<input type="checkbox"/>] 전위유발검사 [<input type="checkbox"/>] 뇌파검사)									
	환자 진료실적	퇴원 명									
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
계		정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
정원 대비 확보 인원 비율:		%									

2-10. 성형외과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년 월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

성형외과 세부사항	시설 및 기구 현황	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%;">[] 수술실</td> <td style="width:50%;">[] 전용 비디오 카메라</td> </tr> <tr> <td>[] 회복실</td> <td>[] 레이저치료장비</td> </tr> <tr> <td>[] 일반적인 외과시설</td> <td>[] 지방흡입기</td> </tr> <tr> <td>[] 성형외과 수술기구</td> <td>[] 두개막안면외과기구</td> </tr> <tr> <td>[] 사진 촬영기</td> <td>[] 도플러 초음파</td> </tr> <tr> <td>[] 외래 내 처치실</td> <td>[] Endoscopy set</td> </tr> <tr> <td>[] 임상 사진 촬영실</td> <td>[] 코성형기구</td> </tr> <tr> <td>[] 미세수술 또는 조직배양 실험실</td> <td>[] 수부수술기구</td> </tr> <tr> <td>[] 외과용 수술현미경</td> <td>[] 전기소작기</td> </tr> </table>										[] 수술실	[] 전용 비디오 카메라	[] 회복실	[] 레이저치료장비	[] 일반적인 외과시설	[] 지방흡입기	[] 성형외과 수술기구	[] 두개막안면외과기구	[] 사진 촬영기	[] 도플러 초음파	[] 외래 내 처치실	[] Endoscopy set	[] 임상 사진 촬영실	[] 코성형기구	[] 미세수술 또는 조직배양 실험실	[] 수부수술기구	[] 외과용 수술현미경	[] 전기소작기
	[] 수술실	[] 전용 비디오 카메라																											
	[] 회복실	[] 레이저치료장비																											
	[] 일반적인 외과시설	[] 지방흡입기																											
	[] 성형외과 수술기구	[] 두개막안면외과기구																											
	[] 사진 촬영기	[] 도플러 초음파																											
[] 외래 내 처치실	[] Endoscopy set																												
[] 임상 사진 촬영실	[] 코성형기구																												
[] 미세수술 또는 조직배양 실험실	[] 수부수술기구																												
[] 외과용 수술현미경	[] 전기소작기																												
환자 진료실적	퇴원 명																												
레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																						
	2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																						
	3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																						
	4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																						
	계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																						
정원 대비 확보 인원 비율:							%																						

2-11. 산부인과

전문의 현황

전문 과목명	성명	성별	생년 월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

산부인과 세부사항	시설 및 기구 현황	[] 신생아실		[] 자궁경 수술기구			
		[] 신생아 보육기		[] 초음파 검사기구			
		[] 진통실		[] 태아심박동모니터링장비			
		[] 골반경 수술기구					
	환자 진료실적	외래		퇴원			
		명		명			
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원
	2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	정원 대비 확보 인원 비율:				%		

2-12. 안과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

안과 세부사항	시설 및 기구 현황	[] 세극등(Slit Lamp) [] 검영기(Retinoscope) [] 검안렌즈 세트(Trial Lens Set) [] 검안경(Ophthalmoscope) [] 주변 및 중심시야 검사가 가능한 자동시야계(Automated perimetry) [] 렌즈미터(Lensmeter) [] 안구돌출계(Exophthalmometer) [] 전방각경(Gonioscope) [] 색감검사표(Color Vision Test Chart) [] 후부유리체 절제술 장비(posterior vitrectomy system) [] 전기소작기(Electric Cautery) [] 각막곡률계(Keratometer) [] 양안검안경(Binocular Indirect Ophthalmoscope) [] 양안시 검사기구(Worth-4-dot 또는 입체시측정 장비) [] 수술현미경(Surgical Microscope) [] 안저카메라(Fundus Camera) [] 냉동 수술장치(Cryosurgical Unit) [] 안압계(Tonometer) [] 프리즘바 세트(Prism Bar Set) [] 안내레이저 장비(endolaser photocoagulator) [] 초음파 유화흡입 배내장 수술장비(phacoemulsification Unit) [] 각막 내피검사계 (Specular microscopy)										
	환자 진료실적	외래	명	입원	명	퇴원	명					
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
	2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
	3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
	4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
	계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
	정원 대비 확보 인원 비율:							%				

2-13. 이비인후과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년 월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

이비인후과 세부사항	시설 및 기구 현황	<input type="checkbox"/> 방음장치가 된 청력검사실 <input type="checkbox"/> 청력계기 <input type="checkbox"/> 외과용 수술현미경 <input type="checkbox"/> 이비인후과용 내시경 <input type="checkbox"/> 이비인후과 수술기구(중이수술, 부비동수술 및 현수후두경수술)										
	환자 진료실적	외래	명	퇴원	명							
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
계		정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
정원 대비 확보 인원 비율:										%		

2-15. 결핵과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년 월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

결핵과 세부사항	시설 및 기구 현황	<input type="checkbox"/> X-선 장치 <input type="checkbox"/> 심전도기 <input type="checkbox"/> 폐기능 검사기 <input type="checkbox"/> 결핵균 검사시설 <input type="checkbox"/> 기관지경 <input type="checkbox"/> 혈액가스 분석기 <input type="checkbox"/> 인공호흡기									
	환자 진료실적	퇴원 명									
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
정원 대비 확보 인원 비율: %											

2-16. 재활의학과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도전문의 여부 (Y/N)	지도전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

재활의학과 세부사항	시설 및 기구 현황	진찰실	[] 있음 [] 없음				
		치료실	면적				
			m ²				
		물리치료용 시설·기구	[] 물리치료실	[] 언어재활치료실			
			[] 작업치료실	[] 소아재활치료실			
			[] 평행봉	[] 경피적 신경자극 치료기			
	[] Exercise mat(치료용 매트)		[] 전기자극치료기(EST)				
	[] Tilting Table(경사대)		[] 간섭파치료기				
	[] 기능적 전기자극치료기(FES)		[] 회전욕조(Whirl pool)				
	[] 등장성 운동치료기		[] Paraffin욕조				
[] 훈련용 계단	[] 압박치료기						
[] 치료용 볼	[] Hydrocollator Unit(온습포)						
[] 트레드밀	[] 초음파치료기						
[] 연속적 수동 관절운동 치료기	[] 적외선 치료기						
[] 경추견인기 및 골반견인기							
작업치료용 기구	[] 연하치료 전기자극기	[] Fingergoniometer					
	[] Handdynamometer	[] Purduepegboard					
	[] Pinchgauge	[] 편측무시 측정도구					
	[] Jebson Taylor hand Function test						
진단용 시 설·기구	[] 전기진단실(근전도 및 유발전위검사)						
	[] 근골격계 진단용 방사선 장비(단과병원만 해당합니다)						
환자 진료실적	외래	명	퇴원	명			
레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	정원 대비 확보 인원 비율:				%		

2-17. 가정의학과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년 월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

가정의학과 세부사항	시설 및 기구 현황	<input type="checkbox"/> 기본진료실 <input type="checkbox"/> 처치시설 <input type="checkbox"/> 의무기록시설 <input type="checkbox"/> 상담실(기본진료실을 상담실로 사용 가능합니다)											
	환자 진료실적	외래					명	퇴원					명
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
		계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명					
정원 대비 확보 인원 비율:				%									

2-18. 마취통증의학과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

마취통증 의학과 세부사항	시설 및 기구 현황	[] 마취기(개)		[] 심전도기(개)			
	환자 진료실적	[] 직접 및 간접혈압계(수기용 제외)(개)		[] 체온측정기(개)			
		[] 맥박산소계측기(개)		[] 흡인기(개)			
[] 호기말이산화탄소농도 측정기(CAPNOMETER)(개)							
[] 흡입산소농도 측정기		[] 마취가스 농도 측정기					
[] 근이완상태 측정기		[] 제세동기					
[] 혈액가스 분석기		[] 중환자실					
[] 통증치료실		[] 마취심도 측정기					
[] 심폐소생술 시설을 갖춘 회복실							
마취 건수(전신마취 및 부위마취를 포함합니다)		건					
레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	정원 대비 확보 인원 비율:				%		

2-19. 영상의학과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		
영상의학과	시설 및 기구 현황	[] 진단용 X-선장치: 300mA 2대를 포함하여 5대 이상(전체 장치 수: 대) [] 전산화 단층촬영용장치 [] 도플러 기능이 장착된 초음파장치 [] 64채널 이상 다중검출 전산화 단층촬영용장치 [] 1.5T 이상 전신용 자기공명영상장치 [] 유방촬영용장치									
	환자 진료실적	일반촬영(간접촬영은 제외합니다)					특수촬영				
세부사항	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명			
		정원 대비 확보 인원 비율:		%							

2-21. 진단검사의학과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

진단검사의학과 세부사항	시설 및 기구 현황	진단혈액 검사시설	[] 혈액응고 분석기 [] 자동혈구 분석기 [] 혈액도말 염색시설				
		임상화학 검사시설	[] 임상화학 분석기 [] 전해질 분석기 [] 혈액가스 분석기				
		임상미생물 검사시설	[] 미생물 염색시설 [] 미생물 배양기				
		진단면역 검사시설	[] 면역측정법 분석기				
		일반경검 검사시설	[] 요시험지봉 판독기				
		수혈의학 검사시설	[] 혈액 전용 냉장고 [] 교차시험용 원심분리기				
		분자진단 검사시설	[] 생물학적 안전상자 [] 핵산증폭기(Thermal cycler)				
		그 밖의 시설 및 기구	[] 원심분리기	[] 생물학적안전작업대			
		[] 냉장고	[] 고압멸균기				
		[] 냉동고	[] 검사정보시스템				
		[] 현미경					
환자 진료실적	연간 검사건수						
레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
	정원 대비 확보 인원 비율:				%		

2-22. 병리과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

병리과 세부사항	시설 및 기구 현황	[] 조직 및 세포표본제작실 [] 맨눈검사 및 절제실 [] 판독실과 회의실 [] 파라핀블록과 슬라이드보관실 [] 부검실 [] 면역병리검사실 [] 분자병리검사실										
	시설 현황 (인턴 수련병원만 해당합니다)	[] 맨눈표본검사실 [] 조직표본제작실 [] 세포표본제작실										
	진료실적	조직검사(동결절편검사를 포함합니다) 건					세포검사(세포흡입천자검사를 포함합니다) 건					
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	명	명	명	명
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	명	명	명	명
3년차		정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	명	명	명	명	
4년차		정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	명	명	명	명	
계		정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	명	명	명	명	
	정원 대비 확보 인원 비율: %											

2-23. 응급의학과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

응급의학과	시설 및 기구 현황	[] 심전도 검사장비 [] 중심정맥압 측정장치 [] 인공호흡기 [] 정맥 주입기(infusion pump) [] 전용 제세동기 [] 이동용 방사선 촬영기 [] 응급처치실(소수술실, 응급수술실 등) [] 전용 초음파 검사기 [] 전용 기도삽관장비 [] 전용 맥박산소포화도 측정기 [] 의료용 산소 및 산소공급장치 [] 공동 혈액가스분석장치 [] 흡입기																																									
	환자 진료실적	응급실 내원환자 명																																									
	세부사항	<table border="1"> <thead> <tr> <th>레지던트</th> <th>정원</th> <th>명</th> <th>확보 인원</th> <th>명</th> <th>현재 인원</th> <th>명</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1년차</td> <td>정원</td> <td>명</td> <td>확보 인원</td> <td>명</td> <td>현재 인원</td> <td>명</td> </tr> <tr> <td>2년차</td> <td>정원</td> <td>명</td> <td>확보 인원</td> <td>명</td> <td>현재 인원</td> <td>명</td> </tr> <tr> <td>3년차</td> <td>정원</td> <td>명</td> <td>확보 인원</td> <td>명</td> <td>현재 인원</td> <td>명</td> </tr> <tr> <td>4년차</td> <td>정원</td> <td>명</td> <td>확보 인원</td> <td>명</td> <td>현재 인원</td> <td>명</td> </tr> <tr> <td>계</td> <td>정원</td> <td>명</td> <td>확보 인원</td> <td>명</td> <td>현재 인원</td> <td>명</td> </tr> </tbody> </table> 정원 대비 확보 인원 비율: %	레지던트	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원
레지던트	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																																					
1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																																					
2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																																					
3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																																					
4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																																					
계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명																																					

2-24. 핵의학과

전문의 현황

전문과목명	성명	성별	생년 월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

핵의학과 세부사항	시설 및 기구 현황	<input type="checkbox"/> 진찰실 <input type="checkbox"/> 방사의약실 <input type="checkbox"/> 오염검사실 <input type="checkbox"/> 양전자방출 단층촬영기 <input type="checkbox"/> 단일광자방출 단층촬영기를 포함한 감마카메라 2대 이상 <input type="checkbox"/> 핵의학 영상처리 컴퓨터 <input type="checkbox"/> 감마선 계측기										
	환자 진료실적	영상검사	건	체외검사	건	치료	건					
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
		계	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명				
정원 대비 확보 인원 비율:							%					

2-25. 직업환경의학과

전문의 현황

전문 과목명	성명	성별	생년 월일	의사 면허번호	전문의 자격번호	지도 전문의 여부 (Y/N)	지도 전문의 지정일	지도전문의 교육		해외 연수기간	비고
								기초교육 이수일	정기교육 이수일		

직업환경의학과 세부사항	시설 및 기구 현황	<input type="checkbox"/> 특수 건강진단실 <input type="checkbox"/> 방음실(청력검사실) <input type="checkbox"/> 청력검사기 <input type="checkbox"/> 화학물질 및 분진 개인시료채취기 <input type="checkbox"/> 소음측정기 <input type="checkbox"/> 원자흡광광도계(AAS)		<input type="checkbox"/> 가스크로마토그래피(GC) <input type="checkbox"/> 고속액체크로마토그래피(HPLC) <input type="checkbox"/> 폐기능검사기 <input type="checkbox"/> 원심분리기 <input type="checkbox"/> 흉부X-선촬영기				
	환자 진료실적	외래 명						
	레지던트	1년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
		2년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
		3년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
		4년차	정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명
계		정원	명	확보 인원	명	현재 인원	명	
정원 대비 확보 인원 비율:					%			

[별지 제3호서식]

예방의학과 수련병원등 실태 조서

기관 명칭	기관 대표자 성명			
소재지				
(전화번호:)				
(전자우편주소:)				
과목	교직원 현황			
	교수	부교수	조교수	계
1. 역학, 보건통계				
2. 환경, 위생, 산업보건				
3. 국민의료, 보건행정, 학교보건 보건교육, 국민영양				
4. 모자보건, 가족계획				
5. 그 밖의 과목				
계				
※ 작성기준일: 년 월 일				

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

직업환경의학과 수련병원등 실태 조서

기관 명칭	기관 대표자 성명			
소재지				
(전화번호:)				
(전자우편주소:)				
과목	교직원 현황			
	교수	부교수	조교수	계
1. 직업병학				
2. 산업독성학				
3. 산업역학, 통계				
4. 작업환경관리, 산업위생, 환경의학				
5. 산업재해보상 및 법규				
6. 노동생리학 및 인간공학				
7. 산업심리, 산업안전				
8. 보건관리, 산업안전				
9. 항공우주공학				
10. 보건정보관리				
11. 그 밖의 과목				
계				
※ 작성기준일: 년 월 일				

[별지15]

「환자안전법 시행규칙」 별지 서식

환자안전위원회 설치 보고서

※ 색상이 어두운 부분은 보고자가 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시	
보고자 (의료기관의 장)	의료기관명	요양기관기호	
	대표자 성명		
	주소	(전화번호:)	
	전자우편 주소		
환자안전위원회 설치현황	설치일자	년 월 일	위원 수 총 명

「환자안전법」 제11조제2항 및 같은 법 시행규칙 제6조의2제1항에 따라 환자안전위원회의 설치현황을 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

보고자

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 환자안전위원회의 위원 구성에 관한 서류 2. 환자안전위원회의 운영계획에 관한 서류	수수료 없음
------	---	-----------

전담인력 배치현황서

※ 색상이 어두운 부분은 보고자가 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일시	
보고자 (의료기관의 장)	의료기관명	요양기관기호
	대표자 성명	
	주소 (전화번호:)	
	전자우편 주소	

환자안전 전담인력 현황	전담인력: 총 명								
	전담인력 배치 세부 현황								
	성명	배치 상황		면허(자격) 내용			경 력		비고
		배치일	배치 해제일	면허종류	면허번호	취득 연월일	근무기관	근무기간	

「환자안전법」 제12조제2항 및 같은 법 시행규칙 제9조제4항에 따라 환자안전 전담인력 배치현황을 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

보고자

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하