20 년 다둥이맘 산후 회복지원사업

지정 의료기관 참여 신청서

신청 기관	기관명			요양기관 번호	
	요양기관 종별			표시과목	
	주소(소재지)				
	대 표 자			주민등록번호	
	면허종별			면허번호	
	담당자	성명	부서명		직책
		전화번호			팩스

본 의료기관은 서울시 다둥이맘 산후 회복지원사업 참여 의료기관 지정을 신청합니다.

※ 구비서류 : 사업자등록증

년 월 일

신청인 (서명 또는 날인)

000보건소장 귀하

처리절차

신청서 작성	➡	접 수	➡	검 토	➡	결 재	➡	지정서 교부
신청인		처리기관 (시군구)		처리기관 (시군구)		처리기관 (시군구)		