이 의 신 청 서

신청인	기관명		요양기관 기호	
	주소			
	기관장 (성명)			
이의신청 취지 및 사유	※ 증명자료 반드시 첨부			

「보건복지부 공고 제2022-428호 (2022.6.3.)」 및 「2022년 전문병원 의료질평가 지원금 평가 결과 통보 및 이의신청 안내(보건의료정책과-5305호, 2022.11.4.)」에 따른 보건복지부의 의료질평가지원금 평가에 대하여 이의신청합니다.

년 월 일

기관장: (서명 또는 인)

담당자 성명: 소속 및 직위:

전화번호:

보건복지부장관 귀하

작성요령

1. 이의신청 취지 및 사유를 기재하고 여백이 부족한 경우 별지를 사용합니다.
2. 주장하는 사실을 증명할 수 있는 자료를 반드시 첨부하여 주시기 바랍니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]