

진단용 방사선 발생장치의 신고사항 변경신고서

접수번호	접수일	처리기간	즉시 (이전 변경: 3일)
신고인	의료기관의 명칭	전화번호	
	요양기관기호	팩스번호	
	소재지		
	개설자 성명	생년월일	
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
------	--	-----------