

신청번호 :

의료미용기관평가 신청서

신청기관명칭: _____

신청일자: _____

신청과목종류: 성형외과 I형(전신마취상태에서 수술가능한 성형외과)

II형(I형 외의 성형외과)

피부과

기타 _____



CCIC KOREA 의료미용기관평가센터

1. 신청기관정보

1.1. 명칭 :

1.2. 주소 :

1.3. 연락담당자 :

1.4. 전화 :

1.5. 이메일 :

2. 근무시간: 월요일~금요일 토요일 일요일

3. 신청문서 업로드 리스트

본 신청서

신청인 서약서

사업자등록증

의료기관개설허가증

외국인환자 유치 의료기관 등록 증명

보건복지부령으로 정하는 의료사고배상책임보험 가입 증명 또는

의료배상공제조합 가입 증명

신청과목의 전문의 자격증

간호사의 자격증(I형 성형외과에 한함)

마취의사 자격증(I형 성형외과에 한함)

중국인 환자를 위한 편의 제공 증명 자료

의료기관(대표) 직인: