

2026년 제2차 등록기관 지정 신청 작성 가이드

제출 서류

1. 지정 신청에 관한 기관장 승인 공문 1부
2. 사전연명의료의향서 등록기관 지정 신청서(직인포함) 1부
3. 법 제11조 제1항 각 호에 해당하는 기관임을 증명하는 서류 1부
4. 지정요건에 적합함을 증명하는 서류 1부
5. 사업운영계획서 1부
6. 전담인력 확인서류

1. 지정신청에 관한 기관장 승인 공문

기관 내부결재 공문 첨부

예) 2026년 제2차 등록기관 지정 신청서 제출

- 보건복지부 또는 국가생명윤리정책원 **대외발송 불필요**
- [붙임1] 등록기관 지정신청서에 기관장 직인이 포함된 경우 **생략 가능**

2. [붙임1] 사전연명의료의향서 등록기관 지정 신청서

붙임 1 사전연명의료의향서 등록기관 지정(변경)신청서

사전연명의료의향서 등록기관 ([] 지정 [] 변경) 신청서

※ 국적이 어부촌 주민은 국적이 없음, []에는 적당하는 곳에 표시하십시오.

접수번호		접수일자	
신청인 (신고인)	기관 명칭		
	소재지	전화번호	
	대표자 성명	생년월일	
	발달자 성명	전화번호	

[] 지정을 신청하는 경우

기관 유형	☐ 「지역보건법」 제23조에 따른 지역보건의료기관 ☐ 의료기관 ☐ 사전연명의료의향서에 관한 사업을 수행하는 비영리법인 또는 비영리단체 ☐ 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관 ☐ 「노인복지법」 제36제1항제1호에 따른 노인복지관
-------	--

[] 변경을 신고하는 경우

변경신청 내 용	변경사항	변경 전	변경 후
	기관 명칭		
	소재지		
	대표자		
	지정 요건		

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제11조 및 같은 법 시행규칙 제4조에 따라 위와 같이 사전연명의료의향서 등록기관 ([] 지정, [] 변경)을 ([] 신청, [] 신고)합니다.

년 월 일

신청인(신고인)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

제출서류	1. 지정을 신청하는 경우 가. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제11제1항 각 호에 해당하는 기관임을 증명할 수 있는 서류 나. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제7제1항 각 호에 따른 지정 요건에 적합함을 증명하는 서류 다. 사업준영계획서 2. 변경을 신고하는 경우 가. 변경사항을 확인할 수 있는 서류	수수료 없음
------	--	-----------

210mm×297mm(직장지(80g/㎡) 또는 동질지(80g/㎡))

[신청인(신고인)]

- 기관 공식 소재지 기재 (향후 등록기관 지정서 발급 시 기입될 예정)
- 기관 명칭을 제외한 도로명 주소까지만 작성
- 연명의료정보처리시스템에서 지정 신청 시 소재지 동일하게 작성
- 대표자는 하단 신청인(신고인)과 동일하게, 기관 대표자명 작성

- 지정을 신청하는 경우에 √ 체크

○ 신청인(신고인) 기관 대표자 성함 + 기관 대표자(직인)

- 사업자등록증 또는 고유번호증 내 대표자 성함으로 작성 +직인

3. 법 제11조제1항 각 호에 해당하는 기관임을 증명하는 서류

- ⑤ **지역보건의료기관** : 보건소 사업자 등록증 또는 고유번호증
 - ⑤ **의료기관** : 해당 의료기관의 개설 허가증
 - ⑤ **비영리법인 또는 단체** : ①법인설립허가증, 법인등기부등본, 비영리민간단체 등록증(주무부처, 등록날짜 기재) 중 택1, ②사업 수행 내용이 포함된 정관
 - ⑤ **공공기관** : 법인등기부등본 또는 사업자등록증 중 택1
 - ⑤ **노인복지관** : 노인복지시설 설치신고확인증
-
- ⑤ **[추가서류]** 기관 사업자등록번호 확인을 위하여 사업자등록증 필수 추가 제출
- 예) 의료기관 : 의료기관 개설허가증 + 사업자 등록증

4. [붙임2] 지정요건에 적합함을 증명하는 서류

붙임 2 지정요건 확인 서류 작성양식

기관명

조직도

기관장의 결재를 받은 공식 조직도 중 사전연명의료의향서 전담 부서 유색 표기

인력 현황

성명	소속부서	전담여부	담당업무	E-mail	연락처	교육 예정일
		전담 or 겸직	등록 관리			*교육수료여부 및 수료(예정)일
			상담자 교육관리			

• 교육 수료 예정일 반드시 기재

업무처리 시설 및 설비

구분	보유여부	수량	비고(주요 특징 및 설명)
사무실	보유 or 미보유	00개	보안성 확보 여부, 전용면적(m ²)
상담실			
문서보관설비			합금장지 여부
PC			
전화기			
프린터			
복사기			
파쇄기			
스캐너			
인터넷 환경			유무선 인터넷에 연결된 PC 00대 및 복사기 0대 등
태블릿 PC			

[기관명] 신청 기관명 작성

[조직도]

- 기관 전체 도식화 된 조직도에서 전담부서 별도 표시
- 기관 공식조직도 첨부 요망, 전체 조직도에서 해당 부서는 네모박스 또는 유색으로 표기

[인력현황]

- 전담인력 2명에 대한 업무 내용 및 교육 예정일 표기
- (담당업무) 반드시 '의향서 상담', '의향서 등록관리' 포함
- **(교육예정일) 16차('26.9.2.(수)) 또는 17차('26.9.8.(화)) 중 택 1 기재**

[업무처리 시설 및 설비]

- 사전연명의료의향서 등록기관 업무에 해당하는 시설 및 설비 수량 기재

4. [붙임2] 지정요건에 적합함을 증명하는 서류

사무실 및 상담실, PC 등 사무기기 사진

제출일 기준 1주 이내 촬영된 사진 4장 이상(상담실, 사무실, 문서보관설비 등)

사진 첨부	사진 첨부
사진설명	사진설명
사진 첨부	사진 첨부
사진설명	사진설명
사진 첨부	사진 첨부
사진설명	사진설명

【사무실 및 상담실, PC 등 사무 기기 사진】 제출일 기준 1주 이내 촬영

* ‘업무처리 시설 및 설비’ 에 ‘보유’로 기재한 항목 사진 모두 증빙
(인터넷 환경 제외)

* **사무실** : 전담인력이 근무하는 사무실 전경

• 상담실

- 편안한 분위기에서 1:1 상담이 가능한 공간을 확인할 수 있는 상담실 사진
- 부득이하게 별도의 상담실 공간 마련이 불가할 시 사무실 내 파티션으로 구분하여 1:1 상담이 가능한 공간 마련

* **문서보관설비** : 잠금 장치를 확인할 수 있도록 증빙

* **PC** : 본체, 모니터, 키보드, 마우스 일체를 확인할 수 있도록 증빙

* **프린터, 복사기, 스캐너** : 복합기인 경우 사진 1장으로 증빙

* **전화기, 파쇄기** : 필수 증빙

* **태블릿 PC** : 보유 시 사진과 보유 개수 작성 및 증빙

5. [붙임3] 사업운영계획서 작성

붙임 3 사업운영계획서 작성 양식

기관명

사업운영계획서

1. 사업 운영 목적

-

2. 상담실 운영 개요

상담실 운영 요일	월~금
상담실 운영 시간	09:00~18:00
상담 대상	원내 환자 및 보호자, 19세 이상 성인 등

3. 상담·등록 업무 개요

- 상담 및 등록 업무 수행 장소

- 등록기관 소재지에서만 업무 수행 시 기관 내 상세 위치 기재(출퇴 시간 등)
- 등록기관 소재지 외의 장소에서도 업무 수행 시 업무 수행계획 장소 전체 기재(아래 표 작성 및 상세내용 별도 기술)
- 보건소의 지소·진료소 등 운영 예정일 경우 전부 기술

장소명	주소	상세 위치(층, 호, 명칭 등)	담당 인력(성명, 직위)
000 치매안심센터			
000 보건지소			
원내 상담실			

- 찾아가는 상담, 방문 상담 운영 계획(예상 시)

- 가정방문, 기관방문 등 방문상담(찾아가는 상담소) 운영 계획: 장소명, 필요성 및 주요 대상자, 담당 인력, 신청접수 및 운영방식, 운영규모 등

[기관명] 신청 기관명 작성

[사업 운영 목적]

- 해당 기관에서 등록기관 지정 사업을 시작하는 목적에 대해 간단히 기술

[사업운영개요]

- 상담실 운영 요일 및 시간, 상담 대상 등 작성

[상담·등록 업무 개요]

- 등록기관 내 상담실 상세 위치(예: 2층 연명의료상담실) 작성
- 고정 상담실 외 상설 상담실이나, 기관 내 상담실을 2곳 이상 두고 운영하는 경우 모두 작성
- 특히 지역보건의료기관(보건소)의 경우 지소/진료소 운영 예정 시 해당 지소·진료소 정보 상세히 기술 지소, 진료소 표에 담당자와 함께 기술
- 찾아가는 상담 또는 방문상담 운영 계획 시 : 간단하게 계획 작성

6. 전담인력 확인 서류

⑤ 상근자 임을 증명할 수 있는 서류

– 고용계약서, 상근확인서, 재직증명서 중 택 1

⑤ 소속 기관의 4대보험 가입 여부를 확인할 수 있는 증명서

– 지역보건의료기관 유형 또는 공공기관 유형의 경우 생략 가능

– 60 세 이상의 근로자에 대해서는 소속기관의 국민연금 가입 증명서는 제외

기타 안내 사항

- ⌘ 기관 유형 상관 없이 사업자등록번호가 있는 등록증 필수 제출
- ⌘ 의료기관 중 상급종합, 종합병원 및 지역보건의료기관은 지정요건에 적합함을 증명하는 서류(등기부등본, 임대차 계약서) 제출 생략 가능
- ⌘ 전담인력 2인 모두 반드시 16차 또는 17차 기본교육을 이수하여야 업무 개시 가능
- ⌘ 기관 내 등록기관 관련 내부 운영 규정이 있는 경우 제출 *의료기관윤리위원회 운영 규정은 제출 불필요
- ⌘ 첨부파일은 PDF 파일 3개 이내로 압축하여 제출

유형별 제출 서류 : 지역보건의료기관

1. [붙임 1] 사전연명의료의향서 등록기관 지정 신청서(직인포함) (필수)
2. [붙임 2] 지정요건 확인서류(필수)
3. [붙임 3] 사업운영계획서(필수)
4. 지정 신청에 관한 기관장 승인 공문 : [붙임1] 서류에 직인 포함 시 생략 가능
5. 사업자등록증 또는 고유번호증(필수)
6. 지정요건에 적합함을 증명하는 서류(등기부등본 등) (선택)
7. 전담인력 상근 확인 서류(필수)
 - 전담인력 4대보험 확인서류(선택)

유형별 제출 서류 : 의료기관

1. [붙임 1] 사전연명의료의향서 등록기관 지정 신청서(직인포함) (필수)
2. [붙임 2] 지정요건 확인서류(필수)
3. [붙임 3] 사업운영계획서(필수)
4. 지정 신청에 관한 기관장 승인 공문 ; [붙임1] 서류에 직인 포함 시 생략 가능
5. 의료기관개설허가증, 사업자등록증(필수)
6. 지정요건에 적합함을 증명하는 서류(등기부등본 등) (상급종합, 종합병원 생략 가능)
7. 전담인력 상근 확인 서류, 4대보험 확인 서류(필수)

유형별 제출 서류 : 노인복지관

1. [붙임 1] 사전연명의료의향서 등록기관 지정 신청서(직인포함) (필수)
2. [붙임 2] 지정요건 확인서류(필수)
3. [붙임 3] 사업운영계획서(필수)
4. 지정 신청에 관한 기관장 승인 공문 ; [붙임1] 서류에 직인 포함 시 생략 가능
5. 노인복지관 설치신고확인증, 사업자등록증(필수)
6. 지정요건에 적합함을 증명하는 서류(등기부등본 등)(필수)
7. 전담인력 상근 확인 서류, 4대보험 확인 서류(필수)

유형별 제출 서류 : 비영리법인 또는 단체

1. [붙임 1] 사전연명의료의향서 등록기관 지정 신청서(직인포함) (필수)
2. [붙임 2] 지정요건 확인서류(필수)
3. [붙임 3] 사업운영계획서(필수)
4. 지정 신청에 관한 기관장 승인 공문 ; [붙임1] 서류에 직인 포함 시 생략 가능
5. 법인설립허가증, 법인등기부등본, 비영리민간단체 등록증(주무부처 등록날짜 기재) 중 택 1(필수) + 사업 수행 내용이 포함된 정관(필수)
6. 지정요건에 적합함을 증명하는 서류(등기부등본 등)(필수)
7. 전담인력 상근 확인 서류, 4대보험 확인 서류(필수)

지정 관련문의
국립연명의료관리기관
등록기관운영관리팀(02-778-7589)

교육문의
국립연명의료관리기관
교육정보팀(02-778-7565)