

배아생성 담당인력 공유협약서

협약주체	배아생성 담당인력 소속기관 (원 기관)	기관명	지정번호
		소재지	전화번호
		기관장 성명	
	신청기관 (공유기관)	기관명	
		소재지	전화번호
		기관장 성명	
협약내용	성명 (배아생성 담당인력)		
협약사유			
협약기간			

위의 두 배아생성의료기관은 배아생성업무를 위한 담당인력의 공유에 대한 협약체결에 동의합니다.

년 월 일

배아생성 담당인력 소속 기관의 장 _____(서명 또는 날인)

배아생성 담당인력 공유 신청 기관의 장 _____(서명 또는 날인)