

권고서식

[제2호 서식]

배아생성의료기관 시설·장비 현황				
기 관 명				
번호	시 설 명	수량	위 치	비고
1	방진시설		건물명, **층 **호	
2	환기장치			
3	난자채취실	1실	건물명, **층 **호	
4	정자채취실			
5	진료실			
번호	장 비 명	수량	규격(모델명,제조사)	설치 장소
1	초음파기기			건물명, **층 **호
2	무균상자			
3	이산화탄소배양기			
4	현미경			
5	미세세포조작기			
6	냉장고 및 냉동고			
7	난자 흡입기			
8	원심분리기			
9	항온판			
10	세포계수기			
11	액체질소탱크			

본 의료기관의 시설 및 장비 현황이 위와 같음을 확인하였습니다.

년 월 일

기관장 (서명 또는 인)

질병관리본부장 귀하