



■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제2호서식] <개정 2020. 6. 4.>

예방접종 후 이상반응 발생신고(보고서)

※ 뒤쪽의 작성방법 및 신고방법 안내를 읽고 작성하시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

(앞 쪽)

예방접종 후 이상반응자 또는 사망자	성명 (19세 미만인 경우 보호자 성명)		주민등록번호				
	전화번호		직업	성별	[]남 []여		
	주소	우편번호					
	[] 거주지 불명 [] 신원 미상						
(임신부)	[] 출산예정일 : ____년 __월 __일 (또는 [] 마지막 생리일) : ____년 __월 __일						
	[] 신고 시 이미 출산 한 경우, 출산일 : ____년 __월 __일						
예방접종 일시	____년 ____월 ____일 (오전/오후) ____시 ____분						
	(임신부) 재태주수 ____주						
	- 재태주수를 모르는 경우: [] 임신 초기(0-13주) [] 임신 중기(14-27주) [] 임신 후기(28주 이상)						
예방접종 기관	기관명			전화번호			
예방접종 종류 및 제품명	제조회사	제조번호	유효기간 (연월일)	예방접종 부위	예방접종 방법	과거 접종 횟수	
최근 4주 이내에 접종한 백신의 종류 및 접종일							
임신기간 동안 접종한 백신의 종류 및 접종일							
접종일	예방접종 종류 및 제품명	제조회사	제조번호	유효기간 (연월일)	예방접종 부위	예방접종 방법	과거 접종 횟수
접종 전 특이사항	[] 5세 이하인 경우 ※ 해당 시 접종 전 체온(°C) 출생 체중(kg)						
	[] 선천성 기형						
	[] 그 밖의 기저질환						
예방접종 후 이상반응 관련 사항	이상반응 발생 일시(년/월/일/시/분)						
	이상반응 진단 일시(년/월/일)						
	이상반응 종류	국소 이상반응	[]접종 부위 농양 []림프선염(화농성림프선염 포함)				
			[]심한 국소 이상반응 []연조직염				
		신경계 이상반응	[]급성 마비 []뇌증 혹은 뇌염				
	[]경련 []길랭바레증후군						
그 밖의 전신 이상반응	[]알레르기 반응 []아나필락시스양 반응 []아나필락시스성 쇼크						
	[]발열 []관절염 []골염 혹은 골수염						
	[]전신파종성 비씨지감염증 []혈소판 감소 자반증						
	[] 그 밖에 접종 후 4주 이내에 발생한 중대하거나 특이한 이상반응						
이상반응 진행상황	1. 진행 중	[]생명위중	[]입원치료	[]외래치료	[]치료 안함		
	2. 상태종료	[]완전회복	[]경미장애/후유증	[]영구장애/후유증	[]사망		
	3. 모름	[]					
해당사항이 있는 경우 기록	요양기관 지정번호						
	진단(한)의사 성명		면허번호				
			(서명 또는 날인)				

작성방법

서명 난은 컴퓨터통신 이용 시에는 생략합니다.

예방접종 후 이상반응의 종류

1. 국소 이상반응

- 접종 부위 농양
 - 발열에 관계없이 접종부위에 체액이 고인 병변이 발생한 경우
 - 세균성: 화농, 염증 증후, 발열, 그람 염색 결과 양성, 세균 배양 양성, 분비물 내의 중성백혈구의 증가 소견 등으로 세균성 농양이 의심됨. 다만, 위의 소견 중 일부가 없다고 하여 세균성 농양일 가능성을 완전히 배제할 수는 없음
 - 무균성: 세균성 감염의 증거가 없는 경우
- 림프선염(화농성림프선염 포함)
 - 적어도 한 개 이상의 림프선이 1cm 이상(어른 손가락 굵기 정도) 커지거나
 - 림프선에 체액이 유출되는 구멍이 형성된 경우
 - 거의 대부분 비씨지 접종에 의하여 발생하며, 접종 후 2~6개월 사이에 접종부위와 같은 쪽(대부분 겨드랑이)에 나타남
- 심한 국소 이상반응
 - 접종부위를 중심으로 발적(發赤), 부어오름과 함께 다음 소견이 나타나는 경우
 - 접종부위에서 가장 가까운 관절 부위 너머까지 부어오름
 - 통증·발적·부어오름·경결(硬結) 등이 3일 이상 지속되는 경우
 - 입원치료가 필요한 경우
- 연조직염
 - 피부에 발생하는 급성, 감염성, 팽창성 염증으로 접종부위 통증, 홍반, 부기, 열감이 나타나는 경우

2. 신경계 이상반응

- 급성 마비
 - 경구용 폴리오 백신 접종 4~30일 이내, 혹은 백신 접종자와 접촉한 후 4일~75일 이내에 이완성 마비가 급성으로 발생하여, 신경학적 이상이 60일 이상 지속되거나 사망한 경우
- 뇌증(腦症)

예방접종 후에 급성으로 발생하면서 다음 소견 중 2가지 이상을 동반한 경우

 - ① 뇌전증 발작
 - ② 1일 이상 지속되는 의식 혼탁
 - ③ 1일 이상 지속되는 특이 행동

※ 백신의 종류에 따라 뇌증의 발생 가능 기간이 다음과 같이 다름
(예: DT, DTaP, DTP, DTP-Hib 등은 72시간, MMR은 5~15일)
- 뇌염
 - 뇌증에서 언급한 증상과 함께 뇌염증의 증후를 동반하여야 하며, 대부분의 경우 뇌척수액 검사상 세포증다증을 보이거나 바이러스가 분리됨

- 경련
 - 경련이 수 분~15분 이상 지속되며, 국소 신경학적 증상이나 증후를 동반하지 않음
- 길랭바레(Guillain-Barre)증후군
 - 진행성, 상행성 이완성 마비가 좌우대칭으로 급속히 발생하고, 마비 발생 당시 발열은 없고 감각 이상을 동반하며, 뇌척수액 검사상 단백세포 해리가 중요한 진단 소견임

3. 기타 전신 이상반응

- 알레르기 반응

다음의 증상 중 하나 이상을 동반하는 경우

 - ① 피부 병변(두드러기, 습진)
 - ② 천명(쌩쌩거림)
 - ③ 안면 부어오름 또는 전신 부어오름
- 아나필락시스양 반응
 - 예방접종 후 2시간 이내에 급성으로 다음 중 한 가지 이상의 증상을 보이는 경우
 - ① 기관지 수축으로 인한 천명(쌩쌩거림)과 호흡곤란
 - ② 후두 연축/부어오름
 - ③ 한 개 이상의 피부 병변(예: 두드러기, 안면 부어오름, 전신 부어오름)
- 아나필락시스성 쇼크
 - 예방접종 직후 순환기 기능부전(예: 의식혼탁, 저혈압, 말초맥박소실, 말초혈액 순환부전으로 인한 차갑고 축축한 손발)이 나타나고, 기관지 연축, 후두 연축/부어오름 등으로 호흡곤란을 초래하는 경우도 있음
- 발열
 - 직장 체온이 39℃ 이상인 경우
- 관절염
 - 관절염이 주로 사지의 작은 관절에 나타남
- 골염 혹은 골수염
 - 비씨지 접종으로 인한 골감염(접종 후 8개월~16개월 이내에 발생함) 또는 다른 세균성 감염에 의하여 발생한 골감염임
- 전신파종성 비씨지감염증
 - 비씨지 접종 후 1개월~12개월 이내에 일어나는 전신성 감염으로 Mycobacterium bovis 비씨지 균주를 분리하여 확진함
- 혈소판 감소 자반증
 - 혈중 혈소판의 수가 50,000/mm³ 이하로 떨어지는 것을 의미하며 자가면역질환 등의 다른 원인이 없는 경우 우러야 함
 - 주로 홍역 백신(MMR)과 관련하여 나타나며 7~30일 이내에 증상 출현



코로나19 예방접종 피해조사보고서

□ 주요 내용

○ 조사 주체: 시도

이름	주민번호	접종당시 나이(세)	접종 기관	접종일시				접종 부위
				년	월	일	시	

백신 종류	차수	제품명	제조회사	제조번호	유통기간
코로나19					

○ 기저질환 및 의학적 과거력:

○ 피해발생 경위

- 최초 증상 (기저질환자의 경우 최초 증상란에 최근 기왕력 및 예방접종 전의 상황을 포함하여 작성)
- 증상(발생일시) (이상반응 발생 부위, 동반 증상, 지속 시간(기간), 통증의 정도(강도) 등을 기재)
- 백신 접종~증상 발생까지 걸린 시간:
- 신고경위
- 임상경과 (응급실 내원 및 입원 환자의 경우 입원 기간의 경과 및 치료 상황을 작성)
- 조사 당시 임상 결과[완쾌, 회복 중, 입원(일반, 중환자실), 사망, 영구적 장애 등]

□ 주요 검사 소견 (주요 검사소견 등 의무기록에 기반하여 작성)

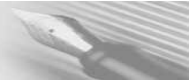
- 임상 진찰 소견
-
- 실험실적 검사 소견
-
- 영상의학적 검사 소견 (영상의학적 검사 소견은 이상소견이 있을 시 사진 첨부 또는 판독 결과를 자세히 인용)
-
- 기타 (피부병변이나 국소 이상반응 사례 등의 경우 병변에 대한 사진 자료가 있을 시 첨부)

□ 검토결과

인과성 평가	<ul style="list-style-type: none"> ○ 백신 품질의 문제(보관 상태 등) : ○ 예방접종 과정상 오류 : ○ (추정) 진단명(*질병 코드) : ○ 진단기준 부합(Brighton Collaboration) : *해당사항 없을 경우 기입 불필요 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 <input type="checkbox"/> 만족함(level 1,2,3) <input type="checkbox"/> 만족하지 않음(level 4,5) </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 타 요인에 의한 질환 발생 가능성 : (질환의 알려진 주요 원인, 선행 증상, 검사 결과 등) ○ 알려진 이상반응 해당 여부 : <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <ul style="list-style-type: none"> - 시간적 개연성 유무 : <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 - 접종과 증상 발생 시간(관련 증상) : 일 시간 분 ○ 관련 문헌 검토 사항 : <ul style="list-style-type: none"> · WHO COVID-19 vaccines technical documents of Strategic Advisory Group of Experts on Immunization(SAGE) · Global Advisory Committee on Vaccine Safety(GACVS) guideline · National Academy of Medicine(NAM) Evidence Review of the Adverse Effects of COVID-19 Vaccination and Intramuscular Vaccine Administration (2024) · Systematic review, case report 등 신뢰도 기반하여 근거 문헌을 순서대로 정리하여 기재
잠정결론	<input type="checkbox"/> Definitely related, Definite(1), <input type="checkbox"/> Probably related, Probable(2), <input type="checkbox"/> Possibly related, Possible(3) <input type="checkbox"/> Probably not related, Unlikely-Indeterminate(4-1) <input type="checkbox"/> Probably not related, Unlikely(4-2) <input type="checkbox"/> Definitely not related(5) (※내용 기술)
	<input type="checkbox"/> Unclassifiable (※내용 기술)

□ 기타

<ul style="list-style-type: none"> ○ 항목 외 사항에 대해 자유롭게 기재 기타 위의 사항에 대한 근거자료를 의무기록에서 찾기 어려운 경우 환자, 보호자, 담당의사 면담 시에 확인할 수 있도록 협조
--



■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제1호서식]

진료비 및 간병비 청구서

※ 바탕이 어두운 칸은 청구인이 적지 않습니다.

접수번호		접수일시		처리기간		120일	
청구인	성명			주민등록번호			
	전화번호			본인과의 관계			
	주소						
본인 인적사항	성명			주민등록번호			
	주소						
예방접종의 내용	예방접종의 종류						
	접종 장소			접종 일시			
진료비				간병비			

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제5조제1항제1호, 같은 법 시행령 제2조, 제3조제1호-제2호 및 같은 법 시행규칙 제2조제1항에 따라 사·도지사를 경유하여 진료비 및 간병비를 신청합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

질병관리청장 귀하

청구인 제출서류	1. 의료기관이 발행한 진료확인서 또는 소견서 1부 2. 청구인과 본인의 관계를 증명하는 서류 1부(주민등록표 등본 또는 가족관계증명서로 청구인과 본인의 관계를 증명할 수 없는 경우에만 제출합니다)	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	주민등록표 등본 또는 가족관계증명서	

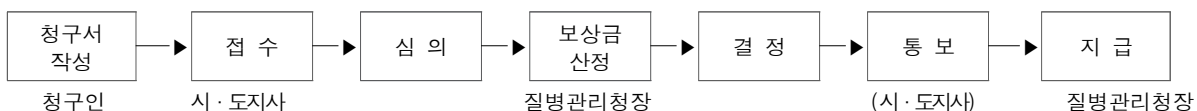
행정정보 공동이용 동의서

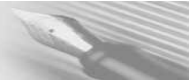
본인은 이 건 업무 처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 담당 공무원의 확인에 동의하지 않는 경우에는 청구인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

청구인 (서명 또는 인)

처리절차





위임장

위임인 (보상대상자)	성명	생년월일
	주소	전화번호
위임받는 자 (대리인)	성명	생년월일
	주소	전화번호
	위임인과의 관계	
	위임 사유	
위임내용	<input type="checkbox"/> 진료비 및 간병비, 장애인 일시보상금 신청 <input type="checkbox"/> 사망일시보상금 및 장제비 신청	

위 위임인은 코로나19 예방접종피해 국가보상의 신청과 관련한 사항을 대리인에게 위임합니다.

20 년 월 일

위임인(보상대상자)

(서명 또는 인)

유의사항

1. 위임받는 자(대리인)는 본 위임장과 위임인(보상대상자)의 주민등록증·운전면허증 또는 여권 등의 신분증명서 사본을 함께 제출해야 합니다.
2. 다른 사람의 인장 도용 등 허위로 위임장을 작성하여 신청한 경우에는 사문서 위·변조로 처벌을 받을 수 있습니다.



간편수신 동의서

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제4조, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.

- 개인정보 수집·이용 목적: 피해보상 진행 상황 안내 및 심리지원을 위한 정보 제공
- 개인정보 수집·이용 항목: 성명, 건강에 관한 정보, 주민등록번호, 주소, 전화번호 (집/휴대전화), 전자메일
- 개인정보 보유 및 이용기간: 5년

코로나19 예방접종 피해보상 관련 결정기간 연장 사실과 이유 등을 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4에 따라 구축된 예방접종통합관리시스템을 활용하여 문자전송, 전자메일, 전화 또는 이에 상응하는 방법으로 수신하는 것에 동의합니다.

 예

 아니오

이상반응 관련 심리지원을 위하여 아래의 정보를 국가(권역) 트라우마센터 및 지자체 정신건강복지센터에 제공하는 것에 동의합니다.

- 제공 개인정보 : 성명, 전화번호(집/휴대전화)

* 정보 제공에 동의하지 않는 경우, 심리지원 관련한 안내를 받으실 수 없습니다.

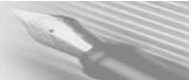
 예

 아니오

본인(대리인) :

(서명)

질 병 관 리 청 장 귀 하



의견제출서

청구인 인적사항	성명	주민등록번호
	전화번호	피접종자와의 관계
	주소	
피접종자 인적사항	성명	주민등록번호
	주소	
의견제출인	성명	주민등록번호
	전화번호	청구인과의 관계 (본인, 담당의료인, 해당전문가 등)
	주소	
의견제출 내용		

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제10조제1항, 같은법 시행령 제8조 제1항에 따라 위와 같이 의견을 제출합니다.

년 월 일

의견제출인

(서명 또는 인)

코로나19 예방접종 피해보상(재심)위원회 귀하

유의사항

1. 기재란이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다.
2. 증거자료 등을 첨부하실 수 있습니다.



의견 청취 신청서

청구인 인적사항	성명	주민등록번호
	전화번호	피접종자와의 관계
	주소	
피접종자 인적사항	성명	주민등록번호
	주소	
의견 청취 대상	성명	소속 및 직위
	전화번호	이메일
	주소	
내용	의견 청취 신청사유	
	의견 청취 내용	

의견 청취를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항

■ 청취를 위해 의무기록, 민감정보 등 개인정보를 청취대상에게 제공하는 것에 예 아니오
동의하십니까?

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제10조제2항, 같은법 시행령 제8조 제2항에 따라 위와 같이 의견 청취를 신청합니다.

년 월 일

청구인

(서명 또는 인)

코로나19 예방접종 피해보상(재심)위원회 귀하

유의사항

1. 기재란이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다.
2. 의견 청취 내용에는 의견청취 대상자로부터 들어야 할 의견의 내용에 대해 작성합니다.



기피신청서

청구인	성명	주민등록번호
	전화번호	피접종자와의 관계
피접종자	성명	주민등록번호
신청내용	기피신청 대상자	소속 및 직위
	신청이유	

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제9조제2항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

청구인

(서명 또는 인)

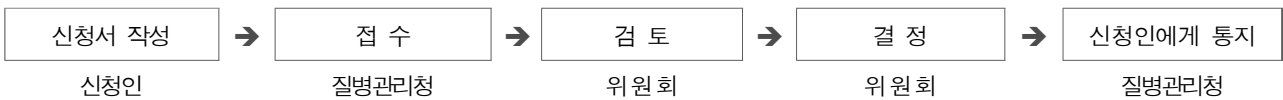
코로나19 예방접종 피해보상(재심)위원회 귀하

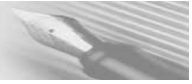
첨부서류	소명 자료	수수료 없음
------	-------	--------

유의사항

1. “신청이유”란에는 기피의 사유를 구체적으로 적어야 하며, 이는 단순한 불만이나 주관적 추측이 아닌 심의위원의 공정한 심의·의결을 기대하기 어려운 객관적 사유가 있는 경우에 한정됩니다.
2. 기피사유가 관계 법령 및 규정상 요건에 해당하지 않거나 사실관계와 관련된 소명자료가 첨부되지 않은 경우 신청이 반려될 수 있습니다.
3. 기재란이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다.

처리절차





의료기관 진료비 내역

홍길동

진료기간	진료기관명	진료구분	진료비총액	공단부담금	환자부담총액	정액간병비	삭감액*	보상금
계			3,933,104	2,260,580	1,672,510	300,000	200,000	1,772,510
2022-06-11	A병원	외래	825,339	413,841	411,490	-	-	411,490
2022-06-11 ~06-29	B병원	입원	3,004,110	1,785,634	1,218,470	300,000	200,000	1,318,470
2022-06-30~ 2022-08-31	C병원	입원 및 외래	10,800	0	10,800	-	-	10,800
2022-09-14	A병원	외래	64,355	41,105	23,250	-	-	23,250
2022-11-15	B병원	외래	28,500	20,000	8,500	-	-	8,500

보상금 = 환자부담 총액 + 정액간병비 - 삭감액

※ 삭감액: 병실차액, 보호자식비, 이상반응과 관계없는 진료비 등
(병실차액은 심의 후 지급 여부 결정)



백신 보관 장비 온도기록지

※ 접종기관에서 보유하고 있는 모든 백신 보관 장비 1대당 1장씩 작성 필요

접종기관명						보관장비명			예) 접종실 냉장고 ②		
점검기간			2021. 5. 1. ~ 5. 31.			백신관리담당자			홍길동		
일자	시간	보관장비 내 부온도(°C)	실내온도 (°C)	점검자	일자	시간	보관장비 내 부온도(°C)	실내온도 (°C)	점검자		
1	오전 10:00	6.2°C	22.5°C	홍길동	16	오전 11:30	4.7°C	27.0°C	고길동		
	오후 17:30	5.3°C	20.0°C	홍길동		오후 16:30	7.0°C	25.8°C	고길동		
2	오전				17	오전					
	오후					오후					
3	오전				18	오전					
	오후					오후					
4	오전				19	오전					
	오후					오후					
5	오전				20	오전					
	오후					오후					
6	오전				21	오전					
	오후					오후					
7	오전				22	오전					
	오후					오후					
8	오전				23	오전					
	오후					오후					
9	오전				24	오전					
	오후					오후					
10	오전				25	오전					
	오후					오후					
11	오전				26	오전					
	오후					오후					
12	오전				27	오전					
	오후					오후					
13	오전				28	오전					
	오후					오후					
14	오전				29	오전					
	오후					오후					
15	오전				30	오전					
	오후					오후					
					31	오전					
						오후					



■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제5호서식]

기간 연장 통지서

피해보상 청구인		생년월일		피접종인과의 관계	
접수일시		당초 결정기간			
연장 사유					
연장 결정기간					
그 밖의 안내사항					

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제13조제2항 및 같은 법 시행규칙 제4조제2항에 따라 귀하의 청구에 대한 결정기간이 위와 같은 사유로 연장되었음을 알려 드립니다.

년 월 일

질병관리청장

직인



■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제4호서식]

피해보상 결정 통지서

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제13조제1항 및 같은 법 시행규칙 제4조제1항에 따라 코로나19 예방접종 피해보상 결정을 통지합니다.

심의 차수						
피접종자 정보	성명		생년월일		접종정보	
심의 결과						

※ 「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제7조에 따른 코로나19 예방접종 피해보상위원회의 구체적인 심의 내용 및 보상 결정의 근거와 구체적 이유는 별지로 첨부합니다.

년 월 일

질병관리청장

직인



■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제6호서식]

이의신청서

피접종자	성명		주민등록번호	-
	주소		전화번호	
코로나19 예방접종피해보상 심의 결과 주요 내용				
결과 통지일		년 월 일		
이의신청의 이유				

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제14조제1항 및 같은 법 시행규칙 제5조제1항에 따라 피해보상 결정에 대하여 위와 같이 이의신청을 합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

피접종자와의 관계:

주소:

전화번호:

질병관리청장 귀하

첨부서류: 주장하는 사실을 증명할 수 있는 추가 자료(있을 경우에만 제출합니다)

비고	<ol style="list-style-type: none"> 작성란이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다. 이의신청서에는 구체적인 이의내용을 적고 증거자료 등을 첨부하실 수 있습니다.
----	--



■ 코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법 시행규칙 [별지 제7호서식]

이의신청 결과 통보서

「코로나바이러스감염증-19 예방접종 피해보상 등에 관한 특별법」 제14조제3항 및 같은 법 시행규칙 제5조제3항에 따라 코로나19 예방접종 피해보상의 결정에 대한 이의신청 결과를 통보합니다.

심의 차수						
피접종자 정보	성명		생년월일		접종정보	
심의 결과						
안내사항	<p>이 결정에 불복하여 행정심판 또는 행정소송을 제기하려는 경우에는 다음의 내용을 참조하시기 바랍니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 행정심판 또는 행정소송은 이의신청이 기각된 경우에는 원처분(原處分: 이의신청의 대상이 된 당초의 처분을 말합니다)을 대상으로 하고, 이의신청 결과 처분이 변경된 경우에는 변경된 처분을 대상으로 합니다. 2. 행정심판 및 행정소송은 그 결과를 통지받은 날(통지기간 내에 결과를 통지받지 못한 경우에는 통지기간이 만료되는 날의 다음 날)부터 90일 이내에 제기할 수 있습니다. 3. 행정심판을 제기하려는 경우 질병관리청장이나 중앙행정심판위원회에 심판청구서를 제출하시면 됩니다(「행정심판법」 제23조제1항). 4. 행정소송을 제기하려는 경우 「행정소송법」 제9조에 따른 행정법원에 제기하시면 됩니다(「행정소송법」 제9조). 					

년 월 일

질병관리청장

직인

