

인식개선교육기관 지정 신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

|      |                              |                    |
|------|------------------------------|--------------------|
| 접수번호 | 접수일시                         | 처리기간<br>20일        |
| 신청기관 | 명칭(법인 또는 단체의 경우에는 법인 또는 단체명) | 법인등록번호(또는 사업자등록번호) |
|      | 주사무소(소재지)                    | 전화번호               |
|      | 대표자 성명                       |                    |

「장애인복지법」 제25조의2제1항 및 같은 법 시행규칙 제2조의3제3항에 따라 위와 같이 인식개선교육 기관의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자) 성명 (서명 또는 인)

한국장애인개발원 원장 귀하

|      |                                                                                                      |            |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 첨부서류 | 1. 교육 운영 계획서<br>2. 전문강사 보유 현황<br>3. 교육에 사용할 교육 교재<br>4. 그 밖에 보건복지부장관이 인식개선교육기관의 지정을 위해 필요하다고 인정하는 서류 | 수수료<br>없 음 |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|

