

장애인학대관련범죄등 경력 조회 요청서(본인)

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

접수번호		접수일시	처리일시	처리기간	즉시
요청인	성명	한글	자국어		
		한자	영문		
	주민등록번호		외국인인 경우: 국적과 여권번호 또는 외국인등록번호		
	주소				
운영·취업 기관정보	운영예정 또는 취업(예정)기관명		운영예정 또는 취업(예정)기관 주소 (전화번호:)		
	조회용도	[]	[] 취업(예정)자 취업(예정)직위:		

「장애인복지법」 제59조의3제5항 단서 및 같은 법 시행령 제36조의2제2항에 따라 장애인학대관련 범죄 및 성범죄에 대한 경력 조회를 요청하오니 그 결과를 회신해 주시기 바랍니다.

년 월 일

요청인 (서명 또는 인)

경찰관서의 장 귀하

첨부서류	1. 운영하려는 시설·기관이 장애인관련기관임을 증명하는 서류 1부(요청인이 장애인관련기관을 운영하려는 자인 경우에 한함) 2. 장애인관련기관의 취업자 등임을 증명하는 서류 1부(요청인이 장애인관련기관의 취업자등인 경우에 한함) 3. 본인의 신분을 증명하는 서류 1부	수수료 없음
------	--	-----------

유의사항

대상자가 외국인인 경우 한글과 자국어·영문의 성명, 국적과 함께 여권번호 또는 외국인등록번호를 적습니다.

처리절차

