

법 인 명

수신 보건복지부장관
(경유)
제목 년도 보조공학사 보수교육 실적 보고서 제출

「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제14조제2항에 따라 보조공학사 보수교육 실적 보고서를 아래와 같이 제출합니다.

법 인 명	대표자 성명			
소 재 지	(전화번호:)			
보수교육 대상자수	보수교육 이수자 수	보수교육 미이수자 수	미이수 사유	비 고
※ 원래 보수교육 계획의 주요 내용이 변경된 경우에는 그 변경 내용과 변경 사유를 기재함.				
1. 변경 내용				
당 초		변 경		
2. 변경 사유				

끝.

보 수 교 육 실 시 기 관 장

직인

기안자 직위(직급) 서명 검토자 직위(직급) 서명 결재권자 직위(직급) 서명
협조자
시행 처리과명-연도별 일련번호(시행일) 접수 처리과명-연도별 일련번호(접수일)
우 도로명주소 / 홈페이지 주소
전화번호() 팩스번호() / 기안자의 전자우편주소 / 공개구분