

제 호

장애인보조기기 우수업체 지정서

- 업체명칭 :
- 소재지 :
- 대표자 :
- 생년월일 :
- 개설연월일 :
- 장애인보조기기 종류 :

「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률」 제21조제1항 및 같은 법 시행규칙 제19조제3항에 따라 장애인보조기기 우수업체로 지정합니다.

년 월 일

특별시장·광역시장·특별자치시장·
도지사·특별자치도지사

직인