

해양재난구조대원 치료 신청서

접수번호		접수일시		처리일시		처리기간 60일	
신청인	성명			생년월일			
	전화번호			소속 해양재난구조대			
	주소						
	임무 또는 교육·훈련 내용			직업			
질병·부상 (신체장애 포함) 명세	발생일시			발생장소			
	사고 요지						
	증상						
치료를 받으려는 의료시설							

「해양재난구조대의 설치 및 운영에 관한 법률」 제17조제2항, 같은 법 시행령 제3조제1항 및 같은 법 시행규칙 제21조에 따라 위와 같이 치료를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

해양경찰서장

○○해양경찰서장 직인

광역시장·도지사 또는 특별자치도지사 귀하

첨부서류	1. 병원진료확인서(부상 또는 질병의 경우에 해당합니다) 2. 장애판정서(장애의 경우에 해당합니다)		수수료 없음
처리절차			
신청서 작성 신청인	➔	접수 처리기관: 관할 해양경찰서	➔
확인	➔	발급	➔
신청	➔	접수	광역시·도·특별자치도