

활동지원기관

[] 폐업

[] 휴업

신고서

접수번호	접수일	발급일	처리기간 7일
활동지원기관	기관명	활동지원기관번호	
	주소 (전화번호:)		
대표자(신고인)	성명	생년월일	
	주소 (전화번호:)		
폐업일 · 휴업기간	폐업일	년 월 일	
	휴업기간	년 월 일부터	년 월 일까지
폐업 · 휴업 사유			
연락처 (폐업 · 휴업 후)	성명	주소	
	전화번호	휴대전화번호	

「장애인활동 지원에 관한 법률」 제23조제1항 및 같은 법 시행규칙 제26조에 따라 위와 같이 활동지원기관의 폐업 또는 휴업을 신고합니다.

년 월 일

활동지원기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장 귀하

첨부서류	1. 폐업 또는 휴업 의결서 1부(법인만 제출합니다) 2. 수급자에 대한 조치계획서 1부 3. 활동지원기관 지정서(폐업하는 경우에만 제출합니다)	수수료 없음
------	--	-----------