■ [별지 제3호 서식] <제15조 관련>

기 관 명

수신자

(경유)

제 목 **암호자재취급인가(등급변경) 신청서**

「보건복지부 보안업무규정 운용세칙」제15조에 따라 아래와 같이 암호자재취급인가(등급변경)를 신청합니다.

소속	직급	성명	생년월일	암호자재취급 인가등급	비밀취급 인가등급	비밀취급 인가일자	비고

끝.

발 신 명 의 직인

기안자 직위(직급) 서명 검토자 직위(직급)서명 결재권자 직위 (직급)서명

협조자

시행 처리과-일련번호(시행일자) 접수 처리과명-일련번호(접수일자)

우 주소 / 홈페이지 주소

전화() 전송() / 기안자의 공식전자우편주소 / 공개구분

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]