

석면피해의료수첩 []재교부 []기재내용 변경 신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호	접수일	처리일	처리기간	7일
------	-----	-----	------	----

신청인	성명	생년월일
	전화번호	휴대전화번호
	주소	

석면피해의료수첩 번호

재교부 또는 기재내용 변경 사유

「석면피해구제법 시행규칙」 제7조제1항에 따라 석면피해의료수첩의 재교부 또는 기재내용 변경을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

환경분쟁조정피해구제위원회 위원장 귀하

첨부서류	1. 석면피해의료수첩(제7조제1항제2호 및 제3호만 해당합니다)	수수료
	2. 성명 또는 주소의 변경사실을 증명할 수 있는 서류(제7조제1항제3호만 해당합니다)	없 음

처리절차

