

청소년 체력검사 및 건강진단 신청서

※ [] 에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일자	처리기간	30일
------	------	------	-----

대상자	성명	주민등록번호
	주소	(전화번호:)
	최종학교명	
신청구분	[] 체력검사 [] 건강진단	

보호자	성명	관계	생년월일
	주소		(전화번호:)
신청인	성명	관계	생년월일
	주소		(전화번호:)

「청소년복지 지원법」 제6조제1항 및 같은 법 시행규칙 제7조제4항에 따라 위와 같이 청소년 체력검사·건강진단을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

성평등가족부장관,
특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사· 귀하
특별자치도지사, 시장·군수·구청장

신청인 제출서류	학교 밖 청소년임을 증명하는 서류(학교 밖 청소년인 경우만 해당합니다) 1부	수수료
담당공무원 확인사항	주민등록표 등본	없 음

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 아니하는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

처 리 절 차

신청서 작성	➔	접수	➔	검토	➔	결재	➔	통보
--------	---	----	---	----	---	----	---	----

신청인

처리기관 : 성평등가족부, 시·도, 시·군·구