

인식개선교육기관 지정 신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일시	처리기간 20일
신청기관	명칭(법인 또는 단체의 경우에는 법인 또는 단체명)	법인등록번호(또는 사업자등록번호)
	주사무소(소재지)	전화번호
	대표자 성명	

「장애인복지법」 제25조의2제1항 및 같은 법 시행규칙 제2조의3제3항에 따라 위와 같이 인식개선교육 기관의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자) 성명 (서명 또는 인)

한국장애인개발원 원장 귀하

첨부서류	1. 교육 운영 계획서 2. 전문강사 보유 현황 3. 교육에 사용할 교육 교재 4. 그 밖에 보건복지부장관이 인식개선교육기관의 지정을 위해 필요하다고 인정하는 서류	수수료 없 음
------	--	------------

