

인식개선교육기관 지정서 재발급 신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시	처리기간 10일
신청인	명칭(법인 또는 단체의 경우에는 법인 또는 단체명)		법인등록번호(또는 사업자등록번호)
	주사무소 (소재지)		전화번호
	대표자 성명		
변경 사항	구분	(명칭, 소재지, 대표자명, 주소 등)	
	변경 전		
	변경 후		
변경 사유			

「장애인복지법 시행규칙」 제2조의3제6항에 따라 위와 같이 인식개선교육기관 지정서의 재발급을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자) 성명 (서명 또는 인)

한국장애인개발원 원장 귀하

첨부서류	「장애인복지법 시행규칙」 제2조의3제6항 각 호에 해당하는 경우임을 증명할 수 있는 자료 1부	수수료 없 음
------	--	------------

처리절차

