

장애인학대관련범죄등 경력 조회 요청서

※ 바탕색이 어두운 칸은 요청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일시	처리일시	처리기간	14일
요청인	성 명	주민등록번호	-	
	기관명			
	주 소	(전화번호:)		
대상자	성 명(외국인의 경우 영문명)			
	주민등록번호(외국인의 경우 외국인등록번호/국적) ※ 의료인의 경우 면허번호를 추가로 기재			
	취업자의 직종(취업 예정자의 취업 예정직종)			
운영 예정 · 취업(예정) 기관정보	운영 예정 또는 취업(예정)기관명		운영 예정 또는 취업(예정)기관 주소 (전화번호:)	
	조회 용도	[] 운영하려는 자	[] 취업(예정)자 (직종:) ※ 예시 : 사회복지사, 의사, 간호사 등	

「장애인복지법」 제59조의3제4항 본문, 제5항 본문 및 같은 법 시행령 제36조의2제1항에 따라 장애인학대 관련범죄 및 성범죄에 대한 경력 조회를 요청하오니 그 결과를 회신해 주시기 바랍니다.

년 월 일
요청인 (서명 또는 인)

경찰서장 귀하

첨부서류	관할 행정기관의 장이 요청하는 경우	「장애인복지법 시행규칙」 별지 제24호의3서식의 장애인학대관련범죄등 경력 조회 동의서 1부	수수료 없 음
	장애인관련기관 운영자가 요청하는 경우	1. 장애인관련기관 운영자임을 증명하는 서류 1부 2. 「장애인복지법 시행규칙」 별지 제24호의3서식의 장애인학대관련범죄등 경력 조회 동의서 1부	

행정정보 공동이용 및 개인정보보호 수집·이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 장애인관련
기관의 운영자임을 확인하는 것에 동의합니다.

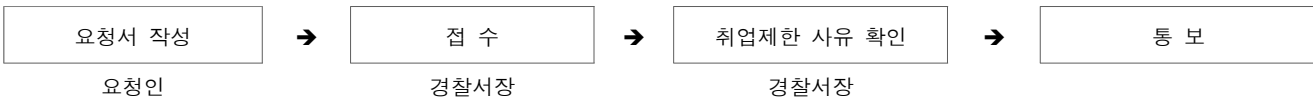
※ 확인에 동의하지 않는 경우에는 요청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

요청인 서명 또는 인

유의사항

1. 대상자가 외국인인 경우에는 성명은 영문으로 적고, 주민등록번호란에는 외국인등록번호(외국인등록번호가 없는 경우 생년월일과
여권번호) 및 국적을 적습니다.
2. 대상자가 2명 이상일 경우에는 뒤쪽에 일괄하여 작성할 수 있습니다.
3. []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

처리절차



[illegible]