

정보공개 이의신청서

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

접수번호	접수일시	처리기간
신청인	성명(법인·단체의 경우에는 법인·단체명과 대표자 성명을 적습니다)	
	생년월일	전화번호
	팩스번호	전자우편주소
	정보공개 당사자와의 관계 [] 본인 [] 직계존비속 [] 그 밖의 관계()	
	주소	
이의신청 내용	[] 공개된 사항이 사실과 다른 경우 [] 공개된 사항에 관하여 의견이 있는 경우	
	공개 내용	
	이의신청 이유	

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제34조의2제3항, 같은 법 시행규칙 제27조의4제2항에 따라 위와 같이 이의신청서를 제출합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

질병관리청장, 특별시장·광역시장·특별자치시장
·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 귀하

처 리 절 차								
신청서 작성	➔	접 수	➔	검 토	➔	결 재	➔	결과 통보
신청인		처리기관: 질병관리청, 시·도 또는 시·군·구						
210mm×297mm[백상지 80g/㎡]								