

[별지 제4호 서식]

인정번호 제 호

장애인복지채널 인정서

(앞 쪽)

인 정 인	법인명	법인등록번호
		사업자등록번호
	채널명(채널등록번호)	()
	대표자(생년월일)	()
	편성책임자(생년월일)	()
	주된 사무소 주소(전화번호)	()
	주전송 장치 주소(전화번호)	()
인 정 내 역	해당 방송분야	장애인복지채널 유효기간
	공급분야	
	방송유형	
인 정 조 건	이면 기재와 같음	

「방송법」 제70조 제3항 및 같은 법 시행령 제54조 제3항에 따라 위와 같이 장애인복지 채널로 인정합니다.

년 월 일

방송미디어통신위원회 직인

인
정
조
건