

## 확 인 서

(기관명 : )

제목

(이하 “내용” 기술)

위 사실을 확인합니다.

년 월 일

확인자 소속

직위(급)

성명

(인)

질병관리청장 귀하

[관련자 관리기간 조서]

소속	직급	성명	관리기간	담당업무	현 근무처	관련내용

[확인자 의견]