

독거노인종합지원센터의 운영 위탁 신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호		접수일	처리기간 30일
법인 또는 단체	명칭	개설허가일	
	주소	전화번호	
대표자	성명	생년월일	
담당자	성명	직위	
	전화번호	전자우편 주소	

「노인복지법」 제27조의3제2항 및 같은 법 시행규칙 제9조의2제4항에 따라 위와 같이 독거노인종합지원센터의 운영 위탁을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 정관의 사본 2. 노인 지원에 관한 사업 실적을 증명할 수 있는 서류 3. 독거노인종합지원센터의 운영계획서 4. 종사할 직원의 성명, 생년월일 및 직급이 포함된 명단과 자격증 사본(자격증이 필요한 직원만 해당합니다)	수수료 없 음
------	--	------------