



# 기관명

수신자

(경유)

## 제 목 거래사실 확인신청에 대한 보정요구

귀하(귀사)의 거래사실확인 신청에 대하여 아래와 같이 보정을 요구하오니 보정기간 내에 보완하여 주시기 바랍니다. 지정된 기한까지 보완하지 않을 경우 「부가가치세법 시행령」 제71조의2 제6항에 따라 거래사실 확인이 거부됩니다.

접수번호		접수일자	20 . . . .
신청인	성명(대표자)		
	상호(법인명)		
	사업장 소재지		
보정기간	20 . . . . 부터 . . . . 까지 ( 일간)		
보완할 내용			

끝.

기관장

직인

위 내용과 관련한 문의사항은 담당자에게 연락하시면 친절하게 상담해 드리겠습니다.

◆ 담당자 : ○○세무서 ○○○과 ○○○조사관(전화 : , 전송 : )

기안자 직위(직급) 서명

검토자 직위(직급)서명

결재권자 직위(직급)서명

협조자

시행 처리과-일련번호(시행일자)

접수

처리과명-일련번호(접수일자)

우 주소

/ 홈페이지 주소

전화( )

전송( )

/ 기안자의 공식전자우편주소 / 공개구분

210mm×297mm [일반용지 70g/m<sup>2</sup> (재활용품)]