

총포 등 소지 결격사유 확인 대상자 통보대장

○○ 부(청·시·도 등)

일련 번호	인 적 사 항			장애 또는 질환 종류				
	성 명	생년월일	주 소	정신질환(뇌전증 포함)			마약류 중독	
				종류	등급	판정일	종류	판정일