

복무사실 확인요청서

|                    |     |      |        |
|--------------------|-----|------|--------|
| 제 호                |     |      |        |
| 성명                 | 계급  | 군번   | 주민등록번호 |
|                    |     |      | -      |
| 주소                 |     |      |        |
| (전화번호: , 전자우편주소: ) |     |      |        |
| 입대일                | 전역일 | 전역근거 |        |
|                    |     |      |        |

「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률 시행령」 제3조제1항에 따라 위 사람에게 대한 복무사실 확인을 요청합니다.

년 월 일

지방보훈청장  
보훈지청장  
제주특별자치도지사



( )군 참모총장 귀하

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| 첨부서류 | 주민등록표 초본(병역사항 포함) 또는 병적증명서 1통 |
|------|-------------------------------|

처 리 절 차

이 요청서는 아래와 같이 처리됩니다.

