

고엽제후유(의)증 환자 등 확인서

발급번호			
확인대상자 (고엽제후유 (의)증 환자, 고엽제후유증 2세 환자)	대상구분	보훈번호	장애등급
	성명	생년월일	등록일자
용도 및 제출처 (유의사항을 참고하여 작성)	용도		제출처

위 확인대상자는 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제3조에 따른 적용 대상자임을 확인합니다.

년 월 일

지방보훈청장
보훈지청장 직인
제주특별자치도지사

유의사항				
※ 이 확인서는 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제7조의5 또는 제7조의9에 따른 교육지원 또는 취업지원 용도로는 사용할 수 없습니다.				
※ 용도 및 제출처란은 작성을 원하지 않는 경우 작성하지 않을 수 있습니다.				
확인				
우편번호	주소		전화번호	팩스번호
담당부서명	과장	주무	담당자	전자우편주소