

제 호

직접생산 확인증명서

- 생 산 품 목:
- 생 산업 체 명:
- 사 업 자 등 록 번 호: (법인등록번호: 00000-0000000)
- 대 표 자 성 명:
- 소 재 지 (본 사):
(사업장):
- 유 효 기 간:

「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률 시행규칙」
제12조제2항에 따라 위 업체의 직접생산을 확인하여 증명합니다.

년 월 일

국가보훈부장관 직인

