

사회복지사 임면사항 보고서

(앞쪽)

법인·시설	기관명	사업자번호
	대표자	연락처
	기관 주소	

사회복지사 임면사항	직위(직급)	성명	생년월일	자격증 번호	입사일	퇴사일
				제 - 호		
				제 - 호		
				제 - 호		
				제 - 호		
				제 - 호		
				제 - 호		
				제 - 호		
				제 - 호		

「사회복지사업법」 제13조 및 같은 법 시행규칙 제5조제1항에 따라 사회복지사의 임면사항을 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

신청기관 (직인)

시·도지사
시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	-----------

