

소아 암환자 가구 소득·재산 조사 의뢰서

환자 인적 사항	성명		주민등록번호	
	주소			
	전화번호	자택 :	휴대전화 :	
가구원 인적 사항				
환자와의 관계	성명	주민등록번호	비고	
<p>위의 소아 암환자 및 가구원에 대한 소득·재산 조사를 의뢰합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">_____시·군·구 보건소장 (인)</p> <p>(의뢰자 소속 및 직위 : _____ 성명 : _____ 전화 : _____)</p>				