

이의신청서

\* 뒷면의 작성방법을 참고하여 작성하시기 바랍니다. (앞면)

|                 |                 |      |                 |  |
|-----------------|-----------------|------|-----------------|--|
| ① 처분을 받은 자      | 성명              |      | 주민등록번호          |  |
|                 | 주소              |      |                 |  |
| ② 처분의 내용        |                 |      |                 |  |
|                 | (처분 보건소 : )     |      | (여백 부족 시 별지 사용) |  |
| ③ 처분통지를 받은 날    | 년 월 일           |      |                 |  |
| ④ 이의신청의 취지와 사유  |                 |      |                 |  |
|                 | (여백 부족 시 별지 사용) |      |                 |  |
| ⑤ 처분 보건소의 고지 유무 |                 | 고지내용 |                 |  |

보건소의 처분에 대하여 위와 같이 이의신청합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)  
생년월일:  
주소:  
처분을 받은 자와의 관계:  
전화번호:  
전자우편주소:

\_\_\_\_\_ 보건소장 귀하