

아동양육시설 등 보호사실 확인서

※ 아래 구분란 []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

구분	[] 아동양육시설 [] 아동보호치료시설 [] 공동생활가정				
병역의무자 인적사항	성명			생년월일	
	주소				
보호시설	명칭			대표자 성명	
	시설신고번호 제 호(년 월 일)			담당자 성명	
	소재지			담당자 전화번호	
보호기간	20 년 월 일부터 20 년 월 일까지(년 월)				
입소사유					
부모 인적사항	관계	성명	주소	연락처	직업
그 밖의 사항	1. 「아동복지법」에 따른 보호자가 없거나 이에 준하는 아동으로 본 시설에 보호하였는지 여부? [] 예 [] 아니오				
	2. 위 보호기간 중 본 시설에서 부 또는 모와 거주하였는지 여부? [] 예 [] 아니오 ※ 부 또는 모와 거주하였을 경우 그 기간 (년 월 일부터 년 월 일까지, 총 년 월)				
	3. 위 부모가 본 시설에 보육사, 취사원, 시설운영원 등의 직원으로 재직하고 있거나 재직하였 던 사실이 있는지 여부? [] 예 [] 아니오 ※ 재직사실이 있는 경우 그 기간 (년 월 일부터 년 월 일까지, 총 년 월)				

위 사람은 「아동복지법」에 따른 보호자가 없거나 이에 준하는 아동으로 본 시설에 5년 이상 보호한
사실이 있음을 확인합니다.

년 월 일

○○○ 원장

직인

위 내용은 사실임을 확인합니다.

년 월 일

담당자 성명

(서명 또는 인)

시장·군수·구청장

직인