

부상자치료신청서

접수번호		접수일		처리기간	3일
신청인	성명			생년월일	
	주소				
부상자	성명			생년월일	
	주소				
	학교명			직책	
	학년			학번	
신청내용	치료를 받으려는 의료시설				
	그 밖의 참고사항				

「학생군사교육실시령」 제11조의3에 따라 치료를 받기 위하여 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

부대장
학교장 귀하