

고엽제후유(의)증환자 등 등록신청서

※ []에는 해당하는 곳에 √표시를 합니다.

(3쪽 중 1쪽)

접수번호	접수일시	처리기간	20일(사실확인 및 검진기간 제외)
------	------	------	---------------------

[] 고엽제후유(의)증환자 [] 고엽제후유증환자 유족 [] 고엽제후유증 2세환자

고엽제 후유(의)증 환자	성명	주민등록번호 -		
	군별	군번		
	계급	입대일 년 월 일		
	주소			
	전화번호		휴대전화번호	
	질병명	1.	2.	3.
복무기록	소속(중대까지)		복무기간	
	복무장소		직책	
유족 및 가족사항 (신청인 포함)	고엽제후유(의)증 환자 등과의 관계	성명	주민등록번호	비고
			-	
			-	
			-	
			-	

「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제4조, 같은 법 시행령 제2조 및 같은 법 시행규칙 제2조에 따라 위와 같이 등록을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

지방보훈청장

보훈지청장

귀하

제주특별자치도지사

 제2쪽에 제출 서류 및 동의서가 있습니다.

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 위의 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의함 [] 동의하지 않음[] 신청인 (서명 또는 인)

이 건 업무처리와 관련하여 「한국보훈복지의료공단법」 제7조에 따른 보훈병원으로부터 전자의무기록을 제공받아 상이(장애)등급 판정을 위한 신체검사 및 심사 업무에 이용하는 것에 동의합니다.

* 동의함 [] 동의하지 않음 [] 신청인 (서명 또는 인)

신청사유		(지)청장 소견	승인 [] 불승인 []
최종 신체검사 결과	일자 심사위원(또는 신체검사 담당 의사) 소견		사유

담당	주무	과장	(지)청장
----	----	----	-------

※ 아래 내용은 서식 작성 시 필요한 사항을 안내하는 부분으로 접수·보관되지 않습니다.

