

이의신청서

※ []에는 해당하는 곳에 $\sqrt{\quad}$ 표시를 합니다.

접수번호		접수일	처리기간 7일 (사실확인 기간 제외)
신청인	성명	주민등록번호	
	주소		
	전화번호	전자우편주소	
통보내역	통보받은 날짜	통보받은 내용	
이의신청 사유 및 내용	새로운 증거자료 발견 등		

「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제4조제5항 및 같은 법 시행규칙 제4조 제3항에 따라 위와 같이 이의신청합니다.

이
호
지

신청인 (서명 또는 인)

지방보훈청장 보훈
지청장 귀하

첨부서류	주장하는 사실을 증명할 수 있는 서류			수수료 없음
처리절차				
신청서 접수 보훈(지)청	➔	사실조회 국방부(각군본부)	➔	재결정 보훈(지)청
			➔	결과 통보 보훈(지)청
확인				
담당	주무	과장	(지)청장	