

[별지 제20호의2서식] <개정 2022. 11. 22.>

|                                                                             |                                                                                                       |                                  |  |     |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--|-----|-----------------|
| 응시원서                                                                        |                                                                                                       |                                  |  |     |                 |
| (        년도 제        회 요양보호사 자격시험)                                          |                                                                                                       |                                  |  |     |                 |
| 응시번호                                                                        |                                                                                                       | 성명                               |  | 연락처 | 자택 :<br>휴대전화 :  |
| 주민등록번호                                                                      | —                                                                                                     |                                  |  |     | 사진<br>(3cm×4cm) |
| 주소                                                                          | □□□-□□□                                                                                               |                                  |  |     |                 |
| 전자우편<br>(e-mail)                                                            | @                                                                                                     |                                  |  |     |                 |
| 요양보호사<br>교육기관                                                               | 기관명                                                                                                   | (소재지 :        시·도)               |  |     |                 |
|                                                                             | 이수기간                                                                                                  | 년 월 일 ~ 년 월 일 (이수시간 :        시간) |  |     |                 |
| 교육과정                                                                        | <input type="checkbox"/> 표준교육과정 <input type="checkbox"/> 경력자 과정 <input type="checkbox"/> 자격·면허 소지자 과정 |                                  |  |     |                 |
| 자격·면허 종류                                                                    | <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 사회복지사 <input type="checkbox"/> 간호조무사            |                                  |  |     |                 |
|                                                                             | <input type="checkbox"/> 물리치료사 <input type="checkbox"/> 작업치료사                                         |                                  |  |     |                 |
| 응시지역                                                                        |                                                                                                       |                                  |  |     |                 |
| 「노인복지법 시행규칙」 제29조의6제1항에 따라 응시원서를 제출하며, 본인이 위에 기재·표기한 사항은 사실과 다르지 않음을 확인합니다. |                                                                                                       |                                  |  |     |                 |
| 년 월 일                                                                       |                                                                                                       |                                  |  |     |                 |
| 응시자        (서명 또는 인)                                                        |                                                                                                       |                                  |  |     |                 |
| (한국보건의료인국가시험원장)        귀하                                                   |                                                                                                       |                                  |  |     |                 |

절        취        선

|                                    |   |      |  |                 |
|------------------------------------|---|------|--|-----------------|
| 응시표                                |   |      |  |                 |
| (        년도 제        회 요양보호사 자격시험) |   |      |  |                 |
| 응시번호                               |   |      |  | 사진<br>(3cm×4cm) |
| 성명                                 |   | 응시지역 |  |                 |
| 주민등록번호                             | — |      |  |                 |
| (한국보건의료인국가시험원)                     |   |      |  |                 |

210mm×297mm [인쇄용지(2급) 60g/m<sup>2</sup>]