

이 의 신 청 서

접수번호	접수일	처리일	처리기간	60일
신청인	성명	생년월일		
	주소 (전화번호 : , 휴대전화 :)			
결정내역	통보받은 날짜	통보받은 내용		
이의신청 사유 및 내용	이의신청 사유			
	구체적 내용			

「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제6조의2 및 같은 법 시행규칙 제5조의2에 따라 위와 같이 이의신청 합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	주장하는 사실을 입증할 수 있는 서류 등	수수료 없 음
------	------------------------	------------