

친권상실의 신고 등 청구 요청서

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호		접수일자		처리기간	30일
청구요청인	기 관 명				
	성 명		직 급		
	주 소				
	전화번호		팩스번호		
아동학대 행위자	성 명		피해아동과의 관계		
	생년월일(나이)		전화번호		
	주 소				
피해아동	성 명				
	생년월일(나이)		전화번호		
	주 소				
요청 내용	[] 친권상실의 신고 청구				
	[] 후견인의 변경 심판 청구				
요청 사유	[] 아동학대행위자가 피해아동에게 아동학대살해미수죄를 저지른 경우 사건번호(형사사건):				
	[] 아동학대행위자가 피해아동에게 아동학대중상해죄를 저지른 경우 사건번호(형사사건):				
	[] 아동학대행위자가 피해아동에게 상습적으로 아동학대범죄를 저지른 경우 사건번호(형사사건):				
후견인 선임 에 관한 의견	성 명				
	직 업		전화번호		
	주 소				
	이 유				

「아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제9조제2항에 따라 [] 친권상실의 신고 청구 또는 [] 후견인의 변경 심판 청구를 요청하니 그 처리 결과를 통보해 주시기 바랍니다.

년 월 일

청구 요청인

(서명 또는 인)

○ ○ 지방검찰청장 귀하