

해양치유 프로그램 인증 신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않습니다.

|           |           |                 |     |
|-----------|-----------|-----------------|-----|
| 접수번호      | 접수일시      | 처리기간            | 90일 |
| 신청인       | 기관·단체명    | 사업자등록번호(법인등록번호) |     |
|           | 대표자       | 생년월일            |     |
|           | 소재지(주소)   | 전화번호            |     |
| 해양치유 프로그램 | 프로그램명     |                 |     |
|           | 활용 해양치유자원 |                 |     |
|           | 내용        |                 |     |
|           | 참여 대상     |                 |     |

「해양치유자원의 관리 및 활용에 관한 법률」 제24조제2항 및 같은 법 시행규칙 제14조 제1항에 따라 위와 같이 해양치유 프로그램 인증을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

해양수산부장관 귀하

|      |                                                                          |           |
|------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 제출서류 | 「해양치유자원의 관리 및 활용에 관한 법률 시행규칙」 제15조제1항에 따른 해양치유 프로그램의 인증기준을 충족했음을 증명하는 서류 | 수수료<br>없음 |
|------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|

