

청산종결 신고서

접수번호	접수일	처리일	처리기간	즉시
------	-----	-----	------	----

청산인	성명	생년월일 (외국인등록번호)
	주소	전화번호

청산법인	명칭	전화번호
	소재지	

청산 연월일

청산 취지

「민법」 제94조 및 「보건복지부 및 질병관리청 소관 비영리법인의 설립 및 감독에 관한 규칙」 제12조에 따라 위와 같이 청산 종결을 신고합니다.

년 월 일

신고인(청산인)

(서명 또는 인)

보건복지부장관

귀하

질병관리청장

신고인(청산인) 제출서류	없음	수수료
담당 공무원 확인사항	법인 등기사항증명서	없음