■ 고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률 시행규칙 [별지 제3호서식] <개정 2013.2.27>

복무사실 확인통보서

제 호

성명	계급	군번	주민등록번호
			-

주소

(전화번호: , 전자우편주소:)

복 무 기 록

소속부대(중대까지)	복무기간	복무장소	직책

전역 당시 소속	전역근거	전역일

복무사실이 없는 사람인 경우 복무사실 대상자에 해당하지 않는 사유	

확인자 소속	직위	직급	성명 (인)

「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률 시행령」 제3조제2항에 따라 위와 같이 복무사실을 확인하여 통보합니다.

년 월 일

( )군 참모총장 직인

지방보훈청장 · 보훈지청장 · 제주특별자치도지사 귀하

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)