

장애인학대관련범죄등 경력 조회 요청서

※ 색상이 어두운 칸은 요청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일시	처리일시	처리기간	즉시
요청인	성명	주민등록번호		
	기관명			
	주소			
	(전화번호:)			
대상자	성명	한글	자국어	
		한자	영문	
	주민등록번호	외국인인 경우: 국적과 여권번호 또는 외국인등록번호		
	주소			
	취업(예정)직위			

「장애인복지법」 제59조의3제5항 본문 및 같은 법 시행령 제36조의2제1항에 따라 장애인학대관련범죄 및 성범죄에 대한 경력 조회를 요청하오니 그 결과를 회신해 주시기 바랍니다.

년 월 일

요청인 (서명 또는 인)

경찰관서의 장 귀하

첨부서류	1. 장애인관련기관 운영자임을 증명하는 서류 1부 2. 장애인학대관련범죄등 경력 조회 동의서 1부	수수료 없음
------	---	-----------

유의사항

대상자가 외국인인 경우 한글과 자국어·영문의 성명, 국적과 함께 여권번호 또는 외국인등록번호를 적습니다.

처리절차

