

제 호

지역봉사지도원증

성 명 :

생년월일 :

주 소 :

사진
(2.5cm×3cm)

위 사람은 「노인복지법」 제24조에 따른 지역봉사지도원임을 증명합니다.

년 월 일

특별자치도지사·시장·군수·구청장 [인]