■ 병역법 시행규칙 [별지 제115호의2서식] <개정 2021. 10. 14.>

아동양육시설 등 보호사실 확인서

※ 아래 구분란 [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

구분	[ ]아동양육시설 [ ]아동보호치료시설 [ ]공동생활가정	
병역의무자 인적사항	성명	생년월일
	주소	
보호시설	명칭	대표자 성명
	시설신고번호 제 호(년 월 일)	
	소재지	
보호기간	20 년 월 일부터 20 년 월 일까지(년 월)	
입소사유		

부모 인적사항	관계	성명	주소	연락처	직업

그 밖의 사항	
	1. 「아동복지법」에 따른 보호자가 없거나 이에 준하는 아동으로 본 시설에 보호하였는지 여부? [ ] 예 [ ] 아니오 2. 위 보호기간 중 본 시설에서 부 또는 모와 거주하였는지 여부? [ ] 예 [ ] 아니오 ※ 부 또는 모와 거주하였을 경우 그 기간 (년 월 일부터 년 월 일까지, 총 년 월) 3. 위 부모가 본 시설에 보육사, 취사원, 시설운영원 등의 직원으로 재직하고 있거나 재직하였던 사실이 있는지 여부? [ ] 예 [ ] 아니오 ※ 재직사실이 있는 경우 그 기간 (년 월 일부터 년 월 일까지, 총 년 월)

위 사람은 「아동복지법」에 따른 보호자가 없거나 이에 준하는 아동으로 본 시설에 5년 이상 보호한 사실이 있음을 확인합니다.

년 월 일

○○○ 원장 직인

위 내용은 사실임을 확인합니다.

년 월 일

담당자 성명 (서명 또는 인)

시장・군수・구청장 직인

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]