

휴업  
**실무교육기관**     재개업    **보고서**  
 폐업

(앞쪽)

접수번호	접수일자	처리기간	3일
------	------	------	----

신고인	명칭(법인명)		
	대표자	생년월일 (외국인등록번호)	
	주소		
	사업소 소재지		

휴업 기간	~
재개업일	
폐업일	
사유	

「소방시설공사업법 시행규칙」 제34조제1항에 따라 소방기술자 실무교육기관의(휴업, 재개업, 폐업)을 보고합니다.

년    월    일

신고인

(서명 또는 인)

**소방청장**    귀하

첨부서류	실무교육기관 지정서 1부(폐업하는 경우에만 첨부합니다)	수수료 없음
------	--------------------------------	-----------

처리절차

이 신고서는 아래와 같이 처리됩니다.

