

현장조사서

대상자						
조사 목적						
조사 기간						
조사 담당자	소속		직급 또는 직위		성명	
	소속		직급 또는 직위		성명	
조사의 범위 및 내용						
제출자료						
관계 법령						
유의사항	거부 시 제재사항(근거법령 및 조항)					
	그 밖의 안내사항					
년 월 일						
담당자: 직급 연락처: 전화			성명 e-mail			
보건복지부장관					직인	