

# 아토피 숲 캠프 참가 신청서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 하고, 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

(2쪽 중 제1쪽)

접수번호		접수일				
① 신청인	성명(국문)	생년월일			성별	
	주소	신청일자				
	연락처	전자우편주소				
	[ ] 문자서비스 수신동의	[ ] 전자우편 수신동의				
② 가족사항	관계	성명	생년월일	연락처	아토피 유무	성별
③ 대상유형	[ ]생계급여 [ ]주거급여 [ ]의료급여 [ ]교육급여 [ ]해산급여 [ ]장제급여 [ ]자활급여 [ ]차상위계층 [ ]한부모가정 [ ]다문화가정 [ ]우체국보험계약자 [ ]기타( )					

본인은 위 신청서에 기재한 내용이 사실과 틀림없음을 확인하며  
아토피 숲 캠프에 참가를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

한국산림복지진흥원장 귀하

첨부서류

- 의료기관 발급 아토피 확인서 1부.
- 취약계층 증빙서류(기초생활수급자, 차상위계층, 한부모가정, 다문화가정 등)

