

교원자격무시험검정원서

※[]에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호		접수일자		처리기간	15일	
출원인	성 명 김 이 화		주민등록번호 13자리 전부 기재			
	주 소 주민등록상 주소		전화 연락 가능한 전화번호			
출원자격		중등 정 교사(2급) 표시과목: 영어				
자격요건	출신학교명	이화여자대 학교	영어교육 과(전공)	[√] 졸업 학번: 7자리 기재		
	연수명	(생략)				
	경력	(생략)				

「교원자격검정령 시행규칙」 제9조에 따라 위와 같이 교원자격무시험검정을 받고자 출원합니다.

(제출일 기재) 년 월 일

신청인(출원인) 이름 작성 & 출력 후 자필 서명 (서명 또는 인)

이화여자대 학교 총장 귀하

첨부서류	2. 「교원자격검정령 시행규칙」 제9조제2항 및 제3항에 따라 대학의 장에게 제출하는 경우 가. 「유아교육법」 제22조의2제1호 또는 「초·중등교육법」 제21조의2제1호에 따른 마약· 대마·향정신성의약품 중독자가 아님을 증명하는 의사의 진단서 또는 건강검진 결과통보서 나. 간호사면허증사본(보건교사로 한정합니다) 다. 영양사면허증사본(영양교사로 한정합니다) 라. 국가기술자격증사본(해당 교과로 한정합니다)	수수료 없 음
------	---	------------

행정정보 공동이용 동의서	
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 대학의 장에게 위임된 사항인 간호사면허증사본, 영양사면허증사본, 국가기술자격증사본에 대하여 「전자정부법」 제36조제1항에 따라 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.	
* 동의함 [] 동의하지 않음 [] (체크)	신청인 이름 작성 & 출력 후 자필 서명 (서명 또는 인) 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]