보호종료아동 추천서

추천 대상 아동	성 명		생년월일	
	주 소			
	연락처		e-mail	
추천자	성 명		생년월일	
	주 소			
	연락처		e-mail	
	기관명		기관 연락처	
	기관주소			
추천사유				

본인은 위 아동을 보호종료아동 주거지원 통합서비스 대상으로 추천합니다.

20 년 월 일

추천인 (인 또는 서명)