
요양보호사 보수교육 운영 관련 서식 모음집

2024. 3.

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 별지 제9호의4 서식

제 호

요양보호사 보수교육 이수증

- 성 명:
- 생 년 월 일:
- 소 속:
- 자 격 번 호:

위 사람은 년도 요양보호사 보수교육 과정을 이수하였기에 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제11조의4제2항에 따라 이수증을 수여합니다.

년 월 일

○○보수교육 실시기관의 장

직인

[서식 제2호]

연간 보수교육 사업계획서

※ 매년 12월 31일 까지 공단으로 제출

교육기관명				연락처			
교육기관장				이메일			
병설교육유무	<input type="checkbox"/> 유(교육명: _____) <input type="checkbox"/> 무 ※ 병설교육이 있을 경우 교육과정 명 기재 : 예시) 요양보호사 양성교육						
교육명	요양보호사 보수교육			정원			
교육영역							
교육유형	<input type="checkbox"/> 대면			<input type="checkbox"/> 온라인			
교육목표	(_____)회, (_____)요일, (_____)명						
예산	예상수입(원) : 연간 목표(명)*단가			예상지출(원)			
				① 인건비 (강사, 진행요원 등)			
				② 시설·장비 유지비 (구입, 유지, 수리비 등)			
				③ 공공요금			
				④ 유인물(학습자료 등)			
				⑤ 기타			
계				계			
※ 병설 교육이 있는 경우, 매월 교육운영 일수 중 보수교육을 실시하는 날의 비율을 곱하여 어림 - (산출안내) · 다른 병설(양성교육 등)교육에만 전적으로 사용된 비용은 제외 · 전적으로 보수교육에 투입된 비용을 각 항목에 포함 · 한 달 중 다른 병설교육은 20일, 보수교육은 4일 운영을 계획하였을 경우 각 항목별(①~⑤) 금액 × 4/24 = 보수교육 예상 지출 산출 ※ (보수교육비) 대면: 4시간 18,000원, 8시간 36,000원, 온라인: 4차시 12,000원							
인력현황	구분	이름	주민번호	연락처	담당내용	자격·경력	비고 (강사보수교육 수료여부 등)
	교육기관장 (관리책임자)						
	강사(보건)						
	강사(복지)						
	기타 (전담인력)						
...							

위와 같이 요양보호사 보수교육 사업계획서를 제출합니다.

년 월 일

보수교육실시기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

[서식 제7호]

월별 보수교육 실적 제출서식 (매월, 교육기관 → 공단)

보수교육 실시기관명 :

보수교육 실시기관지정번호 :

교육연도 : 0000년

년 월		총계 : 00 명 이수					
연번	이름	주민등록번호	교육방법	교육시간	교육시작	교육종료	비고
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

※ 작성 시 참고사항

교육방법 : 대면 또는 온라인 , 교육시간: 4시간 또는 8시간

교육시작·교육종료 : 대면의 경우 0830, 1750처럼 24시각제를 4자리수로 기재

온라인의 경우 수강시작일과 수강완료일을 기재

주민등록번호 : 외국인의 경우 주민등록번호 란에 외국인등록번호 기재

210mm×297mm[백상지 80g/m²]

※ “보수교육 실시기관용 전산시스템”활용, 전산보고용 (별도 문서 보관 불필요)

[서식 제8호]

보수교육 이수증 발급대장

보수교육 실시기관명:

교육과정명: 요양보호사 보수교육

연번	구분	발급일	발급번호	이름	생년월일	소속 장기요양기관명	수령자 확인	비고
1	신규							
2	재발급							
3	:							
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

※ 작성 시 참고사항

- 이수증 발급은 “본인”확인 후 본인에게 발급함을 원칙으로 합니다.
 - (신규) 발급은 교육 이수 당일 발급함을 원칙으로 합니다. (대리발급 불가)
 - (재) 발급 시 부득이한 이유로 교육생 본인이 오지 못한 경우, 가족에 한하며, 대리인의 신분증, 가족관계증명서(3개월 이내) 및 본인 유선 확인 후 위임사실을 확인 후 발급합니다.
 - 발급번호는 위변조 방지를 위해, 교육기관별 자율 관리 부여합니다.
예시: 발급구분(신(新)/재(再))- 발급연도(2024)-발급일련(00)
- 교육기관장 직인이 없는 이수증은 무효이며, 이수증을 위·변조, 허위 복제 등 부정한 방법으로 사용할 경우 법적 조치를 취할 수 있습니다.

[서식 제9호]

보수교육비 수납대장

년		교육기관명:						
연번	월 일	성명	생년월일	수납내역				참고
				수납금액	지불방법			
					카드	계좌이체	현금 등	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

※ 작성 시 참고사항

참고란에는 수납확인에 필요한 정보를 간략하게 기재합니다.(동명이인, 계좌이체 시 실 입금자명 등)

[서식 제10호]

00교육기관 출석부

보수교육실시기관명 :

교육과정명 :

교육일자·시간: 년 월 일 , 09:00~18:00(예시)

총계 : 00명 수강, 00명 이수								
연번	이름	생년월일	장기요양 기관명	교육시작	중간	교육종료	교육기관 확인	비고 (이수증 발급 O/X)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

※ 작성 시 참고사항

- 교육생은 본인의 이름을 정자체(사인, 지문 등은 금지)로 교육시작, 중간, 교육종료 시 동일한 필체로 기재합니다.
- 교육기관 확인: 교육기관 진행요원은 신분증 등으로 본인 여부를 확인하고, 최소 3회 이상 본인여부, 출석이 확인될 수 있도록 관리, 완료가 된 경우 정자체로 확인 서명
- 비고 : 이수증 발급여부 체크

[서식 제11호]

보수교육 실시기관 직원 근무상황부

보수교육실시기관명 :

직책 : 교육기관의 장/ 강사용 / 전담(진행)요원

연번	교육일자	이름	출근	퇴근	기관장 확인	비고
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

※ 작성시 참고사항

- 전자식 근무확인 (출퇴근 카드, 지문인식 등) 우선 적용
- 정자체로 확인 서명

[서식 제12호]

요양보호사 보수교육 전년도 교육 실적 보고

※ 매년 1월 31일 까지 공단으로 제출

1. 00년 교육실적

과정 구분	정원	총 운영횟수/운영요일	목표(명)	이수자수
요양보호사 보수교육	명	()회/()요일	명	명

－ 병설 교육 유무: 유 무
 (병설교육이 있었을 경우 교육과정 명, 실적(어림) 기재: 예시)요양보호사 양성교육, 0000명)

※ 온라인의 경우 수강자 수 기재

2. 보수교육비 결산

과정 구분	보수교육 수입(원) 총 이수자수(명)* 교육비 단가	지출내용(원)
요양보호사 보수교육	보수교육 지출 (계)	① 인건비: 원 강사/진행요원 등
		② 시설·장비 구입, 유지, 수리비 : 원
		③ 공공요금 : 원
		④ 학습자료 등 유인물 : 원
		⑤ 기타 보수교육에 소요된 비용 : 원

※ 병설 교육이 있는 경우, 매월 교육운영 일수 중 보수교육을 실시하는 날의 비율을 곱하여 어림 (산출안내)

- 다른 병설(양성교육 등)교육에만 전적으로 사용된 비용은 제외
- 전적으로 보수교육에 투입된 비용을 각 항목에 포함
- 한 달 중 다른 병설교육은 20일, 보수교육은 4일 운영, 연간 보수교육은 8개월만 운영하였을 경우 각 항목별 소요비용 × 4/24 × 8개월 = 연간 보수교육 소요비용 산출
- 달마다 보수교육 운영일수가 다를 경우, 각 항목별 총 소요비용 × 보수교육운영일수 / 연간 총 교육일수 = 연간 보수교육 소요비용 산출

※ (보수교육비) 대면: 4시간 18,000원, 8시간 36,000원, 온라인: 4차시 12,000원

[서식 제13호]

요양보호사 보수교육 실시기관 변경신고서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바랍니다.

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

① 보수교육실시기관의 장 (대표자)	성명	생년월일
	주소	전화번호
② 보수교육실시기관명	③ 보수교육실시기관기호	④ 전화번호

⑤ 변경사항

구분	변경 전	변경 후	변경일자
[] 교육기관 명칭			
[] 교육기관 소재지			
[] 교육기관의 장			
[] 기타(강사, 전화번호 등)			

⑥ 인력 변경사항

연 번	직 종	성 명	생 년 월 일	자 격 종 류 (<small>면허종류</small>)	자 격 번 호 (<small>면허번호</small>)	자 격 증 취 득 일	근 무 형 태	기 관 입 사 일	기 관 퇴 사 일

위와 같이 변경사항을 신고합니다.

년 월 일

요양보호사 보수교육실시기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

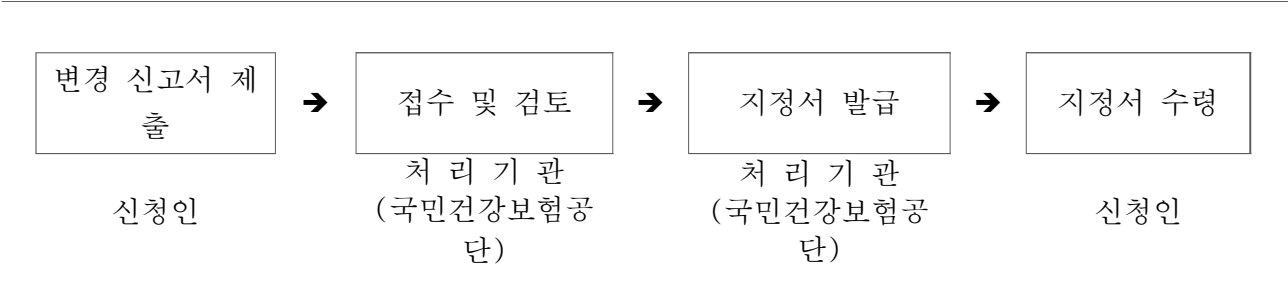
첨부서류	1. 신분증 (제시) 가. 본인이 신청하는 경우 : 본인 신분증 나. 대리인이 신청하는 경우 : 신청인 신분증, 대리인 신분증, 위임장 1부 2. 요양보호사 보수교육실시기관 지정서 원본 1부 3. 변경사항을 증명할 수 있는 서류 각 1부 (뒷면 참조) 4. 법인등기사항증명서(법인대표자가 변경된 경우에만 해당합니다.) 1부 5. 교육기관의 장, 기타(강사, 전화번호 등)사항 변경 시에는 3.(변경사항을 증명할수 있는 서류)만 첨부하여 팩스로 신고 가능함
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

작성방법 및 유의사항

- ① 보수교육실시기관의 장(대표자)의 성명, 생년월일, 주소, 전화번호를 적습니다.
- ② ~ ④ 보수교육 실시기관명, 보수교육 실시기관기호, 전화번호를 적습니다.
- ⑤ 각 변경사항에 해당되는 곳에 표시(√)한 후 변경 전·후의 내용 및 변경일자를 적습니다.
- ⑥ 인력 변경 시, 변경사항을 적습니다.
 - 직종: 교육기관장, 전담(진행)요원, 강사 등
 - 강사인 경우 자격(면허)의 종류 및 자격(면허)번호를 적습니다.
 - 근무형태는 전임, 시간제로 구분하여 적습니다.
 - 기관 입사 또는 퇴사 일자를 연월일로 적습니다.

▶ 변경사항을 증명할 수 있는 서류

1. 소재지 변경(관할 운영센터가 동일한 경우에 한함)
 - 시설 평면도 및 소유 또는 대여를 확인할 수 있는 서류
2. 교육기관의 장은 직위가 기록된 재직증명서 사본 1부



※ 처리기간은 접수일로부터 7일

[서식 제14호]

요양보호사 보수교육 실시기관 폐지신고서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바랍니다.

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

① 보수교육실시기관 대표자	성명	생년월일		
	주소	전화번호		
② 보수교육실시기관명		보수교육 기관기호		
③ 법인등록번호	-	④ 법인명		
⑤ 사업자등록번호 (고유번호)				
⑥ 교육기관 소재지	주소			
	교육사이트 (온라인인 경우만 기재)			
	전화번호		팩스번호	
⑦ 폐지일	년	월	일	
⑧ 폐지사유				
⑨ 보수교육 실시 관련 서류	서류명	총 권/ 쪽수	생산연도	비고
	출석부			
	이수증 발급대장			
	보수교육비 수납대장			
	직원근무상황부 등 그 밖에 보수교육 관련 서류			

위와 같이 요양보호사 보수교육실시기관의 폐지를 신고합니다.

년 월 일

보수교육실시기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 신분증 (제시) 가. 본인이 신청하는 경우 : 본인 신분증 나. 대리인이 신청하는 경우 : 신청인 신분증, 대리인 신분증, 위임장 1부 2. 폐지 의결서(법인만 제출) 1부 ※ 부득이한 경우 사유서 1부 3. 요양보호사 보수교육실시기관 지정서 원본 1부 ※ 분실 시 분실사유서 제출 4. 요양보호사 보수교육 실시 및 이수를 확인할 수 있는 서류 - 출석부, 이수증 발급대장, 교육비 수납대장, 직원근무상황부 등 생산 연도별, 서류 목적별 구분 편철 5. (해당하는 경우) 수강 대기자에 대한 폐강 안내 증빙자료 	수수료 없 음
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

작성방법 및 유의사항

- ① 보수교육실시기관의 장(대표자)의 성명, 생년월일, 주소, 전화번호를 적습니다.
- ② 보수교육실시기관명, 보수교육실시기관기호를 적습니다.
- ③, ④ 기관의 운영형태가 법인일 경우 법인등록번호, 법인명을 적습니다.
- ⑤ 사업자등록번호(고유번호)를 적습니다.
- ⑥ 보수교육실시기관 주소, 전화번호, 팩스번호, 온라인인 경우 교육사이트를 적습니다.
- ⑦ 폐지하려는 일자를 적습니다.
- ⑧ 폐지 사유를 적습니다.
- ⑨ 요양보호사 보수교육 실시를 확인할 수 있는 서류를 연도별, 목적별로 구분하여 편철하고
권수, 매수를 정확하게 기재합니다.
※ 보존기간 내의 서류 관리 부족, 망실로 인한 교육 이수자에 대한 피해 책임은 보수교육실시기관
장에게 있음
- ⑩ “5. (해당하는 경우) 수강 대기자에 대한 폐강 안내 증빙자료” 수강 대기자가 있을 경우,
수강대기자에 대한 폐강(기관폐지) 안내(문자, 전화 이력 등) 여부 확인이 가능한 자료
※ 대기자 명단, 안내 이력 화면 캡처 등

※ 참고 서식은 기관 운영상황에 맞게 수정 이용 가능(단, 필수 내용을 모두 포함)

■ 참고 1

요양보호사 보수교육 안내서

보수교육 실시기관명

교육과정 명 : 요양보호사 보수교육

교육일자·시간 : 년 월 일, 09:00~18:00

◆ 교육시간표

영역	시간	(강의방법) 강의명	강사명	정원
1. 요양보호와 인권	09:00~09:50	(강의)		
	10:00~10:50			
※ 휴식시간에 출석확인, 교육비 결제, 시간별 강의설문지 등을 확인바랍니다.				
2. 노화와 건강증진	11:00~11:50	(강의)		
	12:00~12:50			
※ 점심시간 : 점심시작 시 출석확인 필요				
3. 요양보호와 생활지원	14:00~14:50	(강의)		
	15:00~15:50	(실기·토론)		
※ 휴식시간에 출석확인, 결제 등을 확인바랍니다.				
4. 상황별 요양보호기술	16:00~16:50	(강의)		
	17:00~18:00	(실기·토론)		

※ 교육 종료 후 출석확인 필요, 이수증 배부 합니다.

1. 「노인장기요양보험법 시행령」 제11조의2에 따라 장기요양기관에 소속되어 근무 중인 요양보호사는 2년마다 8시간의 보수교육을 이수하여야 합니다.
2. 요양보호사의 직업윤리 정립과 관련 최신 지식 및 기술에 대한 이해 제고로 전문성 강화, 직종의 발전을 위한 요양보호사 보수교육에 성실히 임하여 주시기 바랍니다.
3. 본 교육원과 교육생은 상호 존중하며, 하단의 준수사항을 지킵니다.
 - 교육생은 대리출석, 무단이탈 등 기타 부정한 방법을 금하고, 교육 지침을 준수하여 성실하게 교육에 임합니다.
 - 교육기관장은 다른 교육생의 교육진행에 현저한 방해가 될 경우, 해당 교육생을 퇴실조치 할 수 있습니다.(이수확인 및 환불 불가)
4. 교육비 결제방법, 환불안내
 - 결제방법은 신용카드, 현금, 계좌이체를 운영하고 있습니다.
 - 소비자관계법령상 학원 및 평생교육원의 환불규정을 준용합니다.
5. 출결확인
 - 교육생은 진행요원의 안내에 따라 전자출결시스템을 활용 시작, 중간(오후 1시경), 종료 세 번의 확인을 합니다.
 - 본인여부를 확인할 수 있는 신분증(주민등록증 등)을 확인합니다.
6. 이수증 교부 안내
 - 8시간 보수교육을 모두 이수한 경우, 보수교육실시기관장 명의의 이수증을 교부하며 교육날짜, 본인의 이름, 생년월일 등 인적사항 등 기재내용을 확인 후 수령
 - 내용에 문제가 없을 경우 이수증 발급대장에 본인서명 으로 확인

※ 참고사항

노인장기요양보험 홈페이지를 통해서 전년도 보수교육 이수결과를 확인할 수 있습니다.

■ 참고 2 (단체 수강 신청서 예시: 장기요양기관용)

보수교육 신청서(단체)

① 장기요양기관명			
② 장기요양기관기호			
③ 소재지			
④ 시설장 성명		⑤ 신청인 성명	
⑥ 교육신청 인원		⑦ 전화번호	

위와 같이 보수교육을 신청합니다.

 년 월 일

▶ 제공해 주신 개인정보는 “개인정보보호법”제15조(개인정보의 수집·이용)와 제17조(개인정보의제공)에 의거하여 교육 운영 관련(교육생확인)으로만 사용하고, “개인정보보호법” 제21조(개인정보의 파기)와 “공공기록물관리에 관한 법률 시행령” 제26조(보존기간)에 따라 적절하게 관리 및 파기하겠습니다.

▶ 본 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 수 있으나, 이 경우 보수교육 수강이 불가능 할 수 있습니다.

위 개인정보 제공에 동의함 동의하지 않음

신청인

(서명 또는 인)

○○보수교육실시기관 귀중

첨부서류

- 보수교육 신청자 명단 1 부

요양보호사 보수교육 실시를 위한

개인정보 수집·이용·제공 동의서

본 교육기관은 요양보호사 보수교육과 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용 및 제3자에게 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

1. 개인정보 수집·이용 내역

① 수집하려는 개인정보의 항목 : 교육생 성명, 주민등록번호, 휴대폰 번호

② 요양보호사 보수교육의 실시

③ 개인정보 보유 및 이용 기간 : **1년**

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 원활한 요양보호사 보수교육에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집, 이용하는데 동의하십니까?

동의함 동의안함

2. 고유 식별 정보 수집·이용 내역(고유 식별 정보 포함 시)

① 고유 식별 정보의 수집·이용 목적: 요양보호사 보수교육의 실시 및 결과 관리

② 수집하려는 고유 식별 정보의 항목: **주민등록번호 또는 외국인등록번호**

③ 고유 식별정보의 보유 및 이용 기간: **1년**

④ 귀하는 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 요양보호사 보수교육 실시 및 자격유지에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 고유 식별 정보를 수집, 이용하는데 동의하십니까?

동의함 동의안함

3. 개인정보 제3자 제공 내역

① 개인정보를 제공받는 자 : 국민건강보험공단, 보건복지부, 시·도지사 및 시·군·구청장

② 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적 : 보수교육 결과의 관리

③ 제공하는 개인정보의 항목 : 성명, 주민등록번호, 휴대폰번호

④ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간 : **1년**

⑤ 귀하는 요양보호사 보수교육 업무와 관련하여 귀하의 개인정보 **제공**에 대하여 거부할 권리가 있습니다.

그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 요양보호사 보수교육 실시 및 자격유지에 제한을 받을 수 있습니다.

동의함 동의안함

년 월 일

본인 성명

(서명 또는 인)

00000 요양보호사 보수교육 실시기관 귀중

요양보호사 보수교육 수업계획서

가 있는 문항은 해당 내용에만 표 해주세요.

강좌명	강의시간	: ~ : (총 시간)
교육영역	<input type="checkbox"/> 요양보호와 인권 <input type="checkbox"/> 노화와 건강증진 <input type="checkbox"/> 요양보호와 생활지원 <input type="checkbox"/> 상황별 요양보호기술	
수업개발 주체	<input type="checkbox"/> 보수교육 표준내용 교과목 <input type="checkbox"/> 학습자 요구를 반영한 표준내용 개선 교과목 <input type="checkbox"/> 기관 자체적으로 개발한 교과목	
학습목표		
교수-학습방법 (해당 방법 모두에 체크)	<input type="checkbox"/> 강의 <input type="checkbox"/> 퀴즈 <input type="checkbox"/> 사례 토론하기 <input type="checkbox"/> 상황에 따른 전략 수립하기 <input type="checkbox"/> 역할극 <input type="checkbox"/> 하브루타 <input type="checkbox"/> 실기 <input type="checkbox"/> 시나리오/사례 기반 문제해결 활동 <input type="checkbox"/> 기타 학습내용 적용 활동(구체적 내용: _____)	
준비물	<ul style="list-style-type: none"> ● 수업에 필요한 학습교구, 실습 소모품 및 교육기자재 등을 구체적으로 작성 	
담당강사명	소속 및 직위	
신규/기존강사 여부	<input type="checkbox"/> 신규강사 <input type="checkbox"/> 기존강사(보수교육 5회 이상 강의)	
강사이력	<ul style="list-style-type: none"> ● 주 전공분야 (전공분야 관련 학위 등 구체적으로 기록) ● 강의 관련 주요 이력 및 경력 (연도별로 구체적으로 기록) 	
강사 만족도	<ul style="list-style-type: none"> ● 본 교과목 관련 기존 강의에서의 학습자 만족도 	
수업 세부내용	수업 세부내용	교수-학습방법
강의자료 유형 (사용한 모든 자료에 체크)	<input type="checkbox"/> 교재 <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> 동영상 <input type="checkbox"/> 현장사례 <input type="checkbox"/> 기타(구체적 기록)	
활용자료	<ul style="list-style-type: none"> ● 교재 및 출판사명, 동영상 링크, 현장사례 내용 등을 구체적으로 기록 	
붙임자료 (별도로 첨부)	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">● 강의교재 제목 작성 후 강의교재 <li style="width: 50%;">● 강사 만족도 자료 <li style="width: 50%;">● 수업 활용자료 상세내용 <li style="width: 50%;">● 기타 자료 	

■ 참고 5 보수교육 수강료 환불 신청서

요양보호사 보수교육 수강료 환불 신청서

① 신청인		② 생년월일 * 주민번호 앞자리	
③ 연락처(전화번호)			
④ 교육 신청일자			
⑤ 수강료 납부일자		⑥ 수강료	
⑦ 입금자명		⑧ 전화번호 * 신청인과 다를 경우 기재	
⑨ 환불 요청 사유			
⑩ 수강료 환불 입금계좌 신청인 본인통장만 가능	예금주		은행명
	계좌번호		

위와 같이 요양보호사 보수교육 수강료 환불을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

○○보수교육실시기관 귀중

첨부서류

- 통장 사본 1부