채용 이의신청서

지원분야(병원)/ 지원구분		수험번호	
성 명		생년월일	
연 락 처		이 메 일	
이의신청 사 유			

상기 본인은 위와 같이 이의신청서를 제출합니다.

년 월 일

신 청 인 (서명)

한국보훈복지의료공단 이사장 귀하

이의신청 처리 예외 사유
• 채용시험과 무관한 문의 및 질의사항 • 개인정보(응시자, 시험출제자, 평가관련자 등), 지적재산권(외부 출제기관) 등 타 법령에 저촉되는 경우 • 기타 상기 사유에 준하는 사항