

장애인학대 신고의무자 교육 결과보고서

시설 또는 기관명				
소재지 (시도 및 시군구)		시설장 또는 기관장 성명		
기관유형	의료기관	대상 각호	1호	
교육일시		교육장소		
교육대상	명 (기관 내 신고의무자수)	이수인원	총 명	
			집합교육	사이버교육
			명	명
<p><증빙자료></p> <p>※ 집합교육 시 현장사진 및 교육참석자 서명을 첨부, 사이버교육 시 교육이수증 첨부</p>				