

장애인 보조기구(유모차형 휠체어) 지원사업 추천서

아동 성명	성별	장애명	생년월일

현재 상태	
보조기구의 필요성	
기타 의견	

기관명	담당자	연락처
	(인)	
작성일	2017. . .	