

[붙임2]

채용 이의신청서

접수번호	접수일자
------	------

청구인	성명	생년월일
	응시번호	연락처(e-mail)

이의신청내용	<p>※ 유의사항</p> <ul style="list-style-type: none">- 최종합격자 발표일로부터 15일 이내 신청 가능합니다.- 사실관계를 명확히 기재하시고 채용시험과 관련한 이의신청 사항만 작성 바랍니다.- 문의 및 질의사항은 답변하지 않습니다.- 회신은 이메일 또는 연락처를 통해 시행합니다.- 사실관계 확인기간에 따라 답변이 늦어질 수 있음을 양해 바랍니다. <p>※ 이의신청 처리 예외사유</p> <ol style="list-style-type: none">1. 채용시험과 무관한 문의 및 질의사항2. 개인정보(응시자, 시험출제자, 평가관련자 등), 지적재산권 (외부 출제기관 등) 등 타 법령에 저촉되는 경우3. 기타 상기 사유에 준하는 경우
--------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

위와 같이 이의신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

부산광역시의료원장 귀하