

보내는 사람:		
	받는 사람:	귀하
	주소:	

보험사무대행기관 불인가통지서

문서번호

신청기관	명칭	
	대표자	생년월일
	소재지	
불인가 사유		

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제47조제1항부터 제3항까지 및 같은 법 시행규칙 제35조제2항에 따라 위와 같이 보험사무대행기관으로 인가하지 않음을 알려드립니다.

년 월 일

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장 직인

기안자(직위/직급) 서명 검토자(직위/직급) 서명 결재권자(직위/직급) 서명

협조자(직위/직급) 서명

시행 처리과명-일련번호(시행일)

우 /주소 /홈페이지주소

전화() /팩스() /담당 직원의 전자우편 주소 /공개구분