

(앞쪽)

보내는 사람:	
받는 사람:	귀하
주소:	

보험사무대행기관 인가취소통지서

문서번호

사무대행기관	보험사무대행기관번호	
	명칭	
	대표자	생년월일
	소재지	
	인가일	인가취소일

인가취소 사유

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제48조제2항 및 같은 법 시행규칙 제36조에 따라 위와 같이 인가취소함을 알려드립니다. 만약 위의 결정에 이의가 있을 경우 통지를 받은 날로부터 90일 이내에 행정심판 또는 법원에 행정소송을 제기할 수 있음을 알려드립니다.

장년 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