

직업능력개발 훈련지시 철회 통지서

수급 자격자	① 이름		② 생년월일	
	③ 주소	(전화번호:)		
	④ 이직일			

지시명세	⑤ 훈련지시직종			
	⑥ 훈련기관명			
	⑦ 수강기간	(년	개월)
⑧ 훈련지시 철회 사유	정당한 사유 없이 매월 실제 출석한 날이 출석해야 할 날의 100분의 80 미만			

월의 출석일수 :

「고용보험법 시행규칙」 제94조제4항에 따라 위와 같이 결정하여 알려드립니다.

년 월 일

○○지방고용노동청(지청)장

직인

심사청구 안내

- 이 통지에 이의가 있을 경우에는 심사를 청구할 수 있습니다.
- 심사를 청구할 경우에는 이 통지서를 받은 날부터 90일 이내에 원처분청을 거쳐 고용보험심사관에게 청구하시기 바랍니다.

기안자(직위/직급)	서명	검토자(직위/직급)	서명	결재권자(직위/직급)	서명
협조자(직위/직급)	서명				
시행	처리과명-일련번호(시행일자)	접수	처리과명-일련번호(접수일자)		
우편번호	주소		/ 홈페이지 주소		
전화번호 ()	FAX번호()		/ 담당자의 전자우편주소/공개구분		