

업무상 부상 등에 대한 중대과실 인정 신청서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호		접수일	처리기간: 30일
신청인	사업장명		사업의 종류
	대표자 성명		근로자수
	소재지 (전화번호 :)		
대상 근로자	성명		주민등록번호
	근로형태		취업장소
	종사업무		입사연월일
상병상황	상병명		상병연월일
	상병부위		상병상태

「근로기준법」 제81조와 같은 법 시행규칙 제13조에 따라 위와 같이 업무상 부상 등에 관한 중대과실 인정을 신청합니다.

신청인
대리인

년 월 일
(서명 또는 인)
(서명 또는 인)

○○지방노동위원회 귀중

첨부서류	근로자의 중대한 과실을 증명하는 자료		수수료 없음	
처리절차				
신청서 제출 신청인	→ 접 수 지방노동위원회 (사무국)	→ 내용검토 지방노동위원회 (심사담당)	→ 심의·의결 지방노동위원회 (심판위원회)	→ 통 보