

근로복지공단 ○○지역본부(지사)

제 목 진폐관리구분판정

일련 번호	근로자			④ 관 구 리 분	⑤ 결 정 일	⑥ 사 후 조 치 의 견
	① 성 명	② 생 년 월 일	③ 분 진 작 업 경			

년 월 일

210mm×297mm[일반용지 60 g/m²(재활용품)]