

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
질병·부상 상황	질병·부상명	질병·부상 연월일
	질병·부상 부위	질병·부상 상태

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

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

대리인

(서명 또는 인)

○○지방노동위원회 귀중

첨부서류	근로자의 중대한 과실을 증명하는 자료	수수료 없음
------	----------------------	-----------

처리절차

