

장애인 고용부담금 이의신청 결과의 통지 기간 연장 통지서

사업체명		대표자명	
소재지			
신 청 일	년 월 일	접수번호	
신청대상			
당초 기간	년 월 일 까 지		
연장 기간	년 월 일 까 지		
연장사유			

「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제36조의2 및 같은 법 시행규칙 제19조의2제2항에 따라 위와 같이 장애인 고용부담금 징수에 대한 이의신청 결과의 통지 기간이 연장되었음을 알려드립니다.

년 월 일

한국장애인고용공단

○○○○○○○장

직인

부서명	담당자
주소	전화번호
전자우편	팩스