

(앞쪽)

보내는 사람:

받는 사람:

귀하

주소:

보험사무대행기관 인가취소통지서

문서번호

사무대행기관	보험사무대행기관번호		
	명칭		
	대표자	생년월일	
	소재지		
	인가일	인가취소일	
인가취소 사유			

「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률 시행령」 제48조제2항 및 같은 법 시행규칙 제36조에 따라 위와 같이 인가취소함을 알려드립니다.

장년 월 일

근로복지공단 ○○지역본부(지사)장

직인

안내사항

- 위 처분에 대해 이의가 있는 경우에는 「행정기본법」 제36조에 따라 이 통지서를 받은 날부터 30일 이내에 이의 신청을 할 수 있습니다.
- 제1호의 이의신청을 한 경우에도 이의신청과 관계 없이 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 「행정심판법」에 따른 행정심판 또는 「행정소송법」에 따른 행정소송을 제기할 수 있습니다.

기안자(직위/직급) 서명

검토자(직위/직급) 서명

결재권자(직위/직급) 서명

협조자(직위/직급) 서명

시행 처리과명-일련번호(시행일)

우 /주소

/홈페이지주소

전화()

/팩스()

/담당 직원의 전자우편 주소

/공개구분