

반송팩스번호 : 0508 - 8230 - 0304

고용보험 수급자격 인정신청 취소 요청서

1. 성 명 :
2. 주민등록번호 :
3. 주 소 :
4. 연 락 처 :
5. 직전 이직 사업장명 :
6. 수 급 자 격 신 청 일 :
7. 취 소 사 유 :

20

성 명

(인 또는 서명)

중부지방고용노동청 / 안양지청 의왕고용센터장 귀하

선 결	소 장		결 재 (공람)	팀 장	전 결
접수일시		번호		담당	
처리과	의 왕 고 용 센 터				