전 자 FAX. 0508-8230-0275

반 려 (취 소) 요 청 서

성 명		생년월일	
주 소			
연락처		신청일	

상기 본인은 (사 유 기 재) 로 인해 하남고용센터에 접수한 고용보험 수급자격 인정 신청서 건에 대하여 취소를 요청하오니, 처리하여 주시기 바랍니다.

아울러, 해당 수급자격인정신청서의 반려(취소)로 동 건에 의한 조기재취업수당의 신청은 불가하며, 반려(취소)요청의 취소는 불가함을 담당자에게 안내 받았습니다.

위의 안내 사항에 대해 동의하고 수급자격 인정 신청서 반려(취소)를 요청합니다.

20 . . .

진술인 : (서명 또는 인)

※ 아래 내용은 기재하지 않습니다.

전결	지청장			결재	소장	
접수일		번호			팀장	전결
처리과	하남고용센터	실업급여팀			담당	