

## 고용보험 수급자격 인정신청 취소요청서

접수번호	접수일
------	-----

신청인	① 성 명		② 생년월일	
	③ 주 소			
	④ 연 락 처			
수급자격 인정신청 관련사항	⑤ 최종이직 사업장명			
	⑥ 수급자격신청일			
	⑦ 최초실업인정일			
	⑧ 취소 사유			

고용보험 수급자격 인정신청을 위와 같이 취소하고자 합니다.

20 . . . . .

신청인 (서명 또는 인)

**광주지방고용노동청 전주지청장 귀하**

※ 참고사항

- 고용보험 수급자격 인정신청 취소는 본인의 최초 실업인정일 당일까지만 가능함.
- 인정신청 취소 후 수급자격을 인정받고자 하는 경우 재신청하여야 하며, 재신청 후 신청취소는 불가함.

※ 아래란은 적지 아니합니다.

처리	취소여부	1. 취소 2. 취소불가	취소사유			
결재	담당	팀장	전결	소장	지청장	결재 연월일