

## 재심사 청구서

접수번호	접수일자	처리기간: 50일
------	------	-----------

청구인	성명	주민등록번호	- . . . . .
	주소		
(전화번호: )			

대리인 또는 선정대표자	성명	주민등록번호	- . . . . .
	주소		
(전화번호: )			

피청구인	원처분청			
원처분 내용	원처분일	20 . . . . .	원처분을 안 날	20 . . . . .
	처분내용			원처분의 고지유무
결정한 심사관명	결정서를 받은 날	20 . . . . .	결정이 있음을 안 날	20 . . . . .

심사관의 고지유무 및 그 내용

청구취지 및 이유	(별지 기재와 같음)
-----------	-------------

「고용보험법」제102조, 같은 법 시행령 제140조 및 같은 법 시행규칙 제151조에 따라 위와 같이 청구합니다.

년    월    일

청구인

(서명 또는 인)

**고용보험심사위원회 위원장** 귀하

첨부서류	청구서 부분	수수료 없음
------	--------	--------