

도산등사실 [] 인정
[] 불인정 통지서

대장번호		
신청인	성명	생년월일
	주소	
	신청일 년 월 일	
대상 사업주	사업장명	사업의 종류
	성명	생년월일
	소재지	

귀하가 제출하신 위 사업주에 대한 도산등사실인정 신청은 「임금채권보장법 시행령」 제5조제1항 및 같은 법 시행규칙 제4조에 따라 ([]인정, []불인정)되었음을 통지합니다.

<불인정 사유: >

※ 위 사업장에서 년 월 일부터 년 월 일까지 퇴직한 사람 중 최종 6개월분의 임금·휴업수당·출산전후휴가 기간 중 급여 및 최종 3년간의 퇴직급여등을 받지 못한 사람은 지방고용노동관서에 확인신청서 및 도산대지급금 지급청구서를 년 월 일까지 제출하시기 바랍니다(도산등사실이 인정된 경우에만 기재).

년 월 일

○○지방고용노동청(지청)장

직인

행정심판 및 행정소송 안내

이 결정에 이의가 있는 경우에는 통지서를 받은 날부터 90일, 처분이 있는 날부터 180일 이내에 행정심판을 청구하거나, 통지서를 받은 날부터 90일, 처분이 있는 날부터 1년 이내에 행정소송을 제기할 수 있습니다.