

진폐관리구분판정 심사 청구서

※ 색상이 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호		접수일	처리기간: 30일
청구인	성명	생년월일	
	주소 (전화번호:)		
근로자 (진폐관리구분 판정을 받은 자)	성명	생년월일	
	주소 (전화번호:)		
	사업장명		
	소재지 (전화번호:)		
심사청구 내용	결정일	판정 관리구분	
	판정통지서를 받은 날	관할 근로복지공단 지역본부(지사)	
청구취지 및 이유			

「진폐의 예방과 진폐근로자의 보호 등에 관한 법률」 제19조제1항 및 같은 법 시행규칙 제31조제1항에 따라 근로복지공단 지역본부 또는 지사를 경유하여 진폐관리구분 판정에 대한 심사를 청구합니다.

년 월 일

청구인 (근로자와의 관계:) (서명 또는 인)

근로복지공단 이사장 귀하

첨부서류	1. 진폐관리구분판정에 사용한 흉부 엑스선 사진 2장 2. 건강진단 관계 서류	수수료 없음
------	--	--------

처 리 절 차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

