

OFFICIAL SUPERVISOR'S REPORT OF EMPLOYEE'S DEATH

직원 사망에 대한 감독자 보고서

(1976년 10월 694-1)

1. NAME OF DECEASED EMPLOYEE (Last, first, middle) 사망 직원 성명		2. DATE OF BIRTH (Month, day, year) 생년월일(월, 일, 년)		3. <input type="checkbox"/> MALE 남 <input type="checkbox"/> FEMALE 여		4. KH ID NUMBER 주민등록 번호	
5. DEPARTMENT OR AGENCY 심 또는 기관		3320		6. BUREAU OR OFFICE 국 또는 청		b. TYPE CODE... 유형별 번호	
				a. OCCUPATION CODE 직종 번호		d. OMCN USE - NO. CODE	
7. NAME AND ADDRESS OF REPORTING OFFICE 보고기관의 명칭 및 주소				8. NAME AND OFFICE PHONE NUMBER OF EMPLOYEE'S OFFICIAL SUPERIOR 직원의 감독자 성명 및 사무실 전화번호			
9. DATE AND HOUR OF INJURY (mo., day, year) 부상 일자 (월, 일, 년)		10. DATE AND HOUR OF DEATH (mo., day, year) 사망 일자 (월, 일, 년)		11. DATE AND HOUR EMPLOYEE'S PAY STOPPED (Month, day, year) 직원의 급여가 중단된 일자 (월, 일, 년)			
요점 AM <input type="checkbox"/>		요점 AM <input type="checkbox"/>		요점 AM <input type="checkbox"/>			
오후 PM <input type="checkbox"/>		오후 PM <input type="checkbox"/>		오후 PM <input type="checkbox"/>			
12. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED 어떻게 부상하였는지 설명하십시오.				13. WAS EMPLOYEE IN PERFORMANCE OF DUTY WHEN INJURY OCCURRED? 부상 발생지 국인은 근무중이었습니까? <input type="checkbox"/> YES 예. <input type="checkbox"/> NO (If No, Explain) 아니요 (이유 설명하십시오.)			
14. LOCATION WHERE INJURY OCCURRED 부상당한 장소		15. LOCATION WHERE DEATH OCCURRED 사망한 장소		16. IMMEDIATE CAUSE OF DEATH. (Attach Medical and Autopsy Reports if available) 사망의 직접 원인 (가능한하면 의사의 검사 보고서 첨부)			
17. EMPLOYEE'S PAY RATE AS OF 당시 직원의 급여액		a. Base Pay 기본급		b. Total Benefits 각종 수당 총액		c. Bonus 상여금	
A. DATE OF INJURY 부상 일자		W _____ Per _____		W _____ Per _____		W _____ Per _____	
B. DATE PAY STOPPED 급여 중단 일자		W _____ Per _____		W _____ Per _____		W _____ Per _____	
18. DID EMPLOYEE RECEIVE LEAVE PAY FOR ANY PART OF PERIOD FROM TIME PAY STOPPED TO DATE OF DEATH? (Give Inclusive Dates) 직원의 임금지급이 중단된 때부터 사망한 날 사이에 어느 기간 동안 휴가 처리한 적이 있습니까? (일상의 함께 참조하십시오.)							
a. Annual 연가		b. Sick 병가		c. Other (Specify) 기타 휴가 (구체적으로)			
19. IF EMPLOYEE RECEIVED MEDICAL CARE PRIOR TO DEATH, GIVE NAME AND ADDRESS OF ATTENDING PHYSICIAN 의사가 사망전에 병원에서 받았던 경우의사의 성명 및 주소를 쓰십시오.		20. IF INJURY WAS CAUSED BY A THIRD PARTY, GIVE NAME AND ADDRESS OF THIS PARTY 부상자 제 3자의 직함 및 주소와 성명 및 주소를 쓰십시오.		21. SHOW AMOUNT OF THIRD PARTY RECOVERY, IF ANY 제 3자에 의한 상환액의 모금액을 쓰십시오.			
22. NAME AND ADDRESS OF EMPLOYEE'S SPOUSE OR NEXT OF KIN (Show relationship, if other than spouse) 직원의 배우자나 친척의 이름을 쓰십시오. (배우자가 아닌 경우 관계를 쓰십시오.)							
23. SIGNATURE OF OFFICIAL SUPERVISOR 감독자의 서명		24. TITLE 직명		25. DATE (mo., day, year) 일자(월, 일, 년)			
THIS REPORT SHOULD BE ACCOMPANIED BY CERTIFIED COPIES OF THE DEATH CERTIFICATE AND RESIDENT REGISTRATION (with English) WHEN SUBMITTED TO THE OMCN. 이 보고서를 OMCN에 제출할 때에는 사망 진단서 원본 및 주민등록증복합본의 각 인구가 첨부되어야 합니다.							