# 자립지원팀 직업준비반 이용 신청서

| | | | |
|---|---|---|---|
| 성 명 | | 생년월일 | |
| 장애유형/등급 | | 성 별 | □ 남 □ 여 |
| 주 소 | | | |
| 연 락 처 | | 보호자 연락처 | |
| 최종학력 | □ 초졸 □ 중졸 □ 고졸 □ 기타 ( ) | | |
| 직업훈련 또는 취업경력 유무 | □ 있음 □ 없음 | | |
| 직업훈련 | 기 관 명 | 훈련기간 | 프로그램 종류 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 경력사항 | 사업체명 | 근무기간 | 근무직종 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 특이사항<br>(복용약 등) | | | |
| 첨부서류 | ☞ 복지카드(앞·뒤) 사본 1부<br>☞ 2년 이내 직업평가(MDS) 소견서 1부<br>☞ 개인정보 제공 및 활용에 관한 동의서 1부 | | |

상기와 같이 신청자 본인은
자립지원팀 직업준비반 프로그램 이용을 신청합니다.

년 월 일

신청자 (서명)

보호자 (서명)

양천해누리복지관