

재택근로인양성과정 참여 신청서

성명		성별	
생년월일	년 월 일	장애유형/등급	장애/ 급
주소			
연락처		이메일	
취업 시 희망 근무지역 및 근로조건			

1) 신청서는 서비스 제공을 위한 용도 외, 다른 용도로 사용되지 않으며, 서비스 제공을 위해 서울시장애인일자리통합지원센터 외부로의 정보 제공을 필요로 할 경우 반드시 본인의 동의 하에 제공합니다. ☐ 동의 ☐ 비동의

2) 본인은 재택근로인양성과정 내용을 확인하였고, 본 사업에 참여를 신청합니다.
☐ 동의 ☐ 비동의

3) 본인은 재택근로인양성과정 내용을 확인하였고, 특별한 사유 없이 결근, 퇴사하지 않겠습니다. ☐ 동의 ☐ 비동의

2019년 월 일

신청자 : (인)