

현장실습 훈련 지원사업 참여 기업 신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 적지 않습니다. (앞쪽)

접수번호	접수기관(수행기관)	처리기간 7일
------	------------	---------

[신청인 정보]

기업 개요	기관(기업)명		대표자 성명	
	사업자등록번호(고유번호)		주요 사업	
	상시 근로자 수		설립연도	
	담당 부서		홈페이지 주소	
	담당자 성명		담당자 직위	
	전화번호(팩스번호)		전자우편 주소	
	주사무소 소재지			
모집 사항	모집 직종		인원	
	근무 조건	월 급여	참여 기간	 ~ (개월)
		형태		
		시간		
	자격 요건 등			
	사업 참여 이후 계속 고용 예정 인원(비중)			

「노인 일자리 및 사회활동 지원에 관한 법률」 제10조제2항, 같은 법 시행령 제7조제3항, 같은 법 시행규칙 제5조제1항에 따라 위와 같이 현장실습 훈련 지원사업 참여 기업으로 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자) 성명 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	1. 현장실습 훈련 지원사업 운영계획서 2. 사회보험 가입 사실을 증명하는 서류 3. 고유번호증 사본(사업자등록증이 없는 경우만 해당합니다)	수수료 없음
업무 담당자 확인 사항	사업자등록증명(주민등록번호가 제외된 사업자등록증명을 말합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 업무 담당자가 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 신청인에 대한 위의 업무 담당자 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

신청인(대표자) 성명 (서명 또는 인)

유의사항

「근로기준법」, 「산업안전보건법」, 「최저임금법」 등 근로 관계 법령을 준수하는 4대 사회보험 가입사업장 중에서 노인의 역량을 활용하기에 적절한 업종을 영위하는 기업 및 비영리민간단체 등을 대상으로 하며, 3개월 미만의 계절 수요 업체, 소비 향락업체, 다단계판매업체 등 노인을 장기적으로 고용하기 어렵다고 보건복지부장관이 판단하는 경우에는 참여할 수 없습니다.

처리 절차

신청인	처리기관
	보건복지부

