

취업 지원 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 “√” 표시를 하고, 색상이 어두운 칸은 신청인이 적지 않습니다, (앞쪽)

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

[신청인 정보]

필수 기재 사항	성명	연락처		
	주민등록번호			
	주소			
선택 기재 사항	희망 근무지역	시/도() 시/군/구()		
	희망 직종명	1순위 () 2순위 () 3순위 ()		
	희망 근로형태	[] 주5일 [] 주3~4일 [] 주3일 미만		
		[] 종일제 [] 격일제 [] 시간제 [] 관계 없음		
	비상 연락처	신청인과의 관계		연락처
	세대 구성	[] 독신 [] 부부 [] 경제력 있는 가족과 동거 [] 경제력 없는 가족과 동거 [] 기타		
	최종 학력	[] 초졸 이하 [] 중졸 [] 고졸 [] 전문대졸 [] 대졸 [] 대학원 이상		
	건강 상태	[] 매우 좋음 [] 좋음 [] 보통 [] 나쁨 [] 매우 나쁨		
	경력사항	직장명	근무 기간	담당 업무
신청 동기	[] 경제적 도움 [] 자기발전 [] 사회참여 [] 시간활용 [] 건강증진 [] 기타			
특이사항 (자격사항 등)				

[상담자 의견]

「노인 일자리 및 사회활동 지원에 관한 법률」 제10조제1항, 같은 법 시행령 제6조제3항, 같은 법 시행규칙 제4조제1항에 따라 위와 같이 취업 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인 성명

(서명 또는 인)

상담자 성명

(서명 또는 인)

한국노인인력개발원장

특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사 귀하

업무 담당자 확인 사항	1. 주민등록표 초본 2. 건강보험자격득실확인서 3. 고용보험피보험자격이력내역서	수수료 없음
-----------------	--	-----------

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.

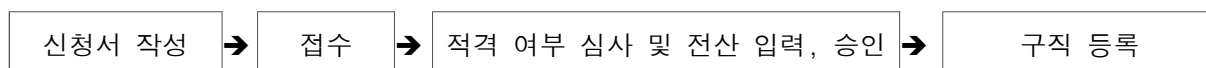
신청인 성명

(서명 또는 인)

유의사항

행정정보 공동이용을 통해 확인하는 건강보험자격득실확인서, 고용보험피보험자격이력내역서는 취업 시작일에 건강보험 직장가입자인지, 고용보험 피보험자인지 여부를 확인하고, 계속근무·장기근무 기간을 확인하기 위함입니다.

처리 절차



신청인

시·도지사
/ 한국노인
인력개발원

시·도지사 / 한국노인인력개발원

시·도지사 /
한국노인인력개발원