[별지 제7호서식]

업무수행에 대한 사업주확인서

사업주 및 장애인 등에 대한 융자·지원규정 제19조제1항의 규정에 의하여 근로지원비용지급 요건을 확인합니다.

사업체명 :

주 소 :

사업주성명 : (서명 또는 인)

작업지도원	장애인	월별 활동시간						비 고
성명	성명							
		월	월	월	월	월	월	
		월	월	월	월	월	월	
		월	월	월	월	월	월	
		월	월	월	월	월	월	
		월	월	월	월	월	월	
		월	월	월	월	월	월	
		월	월	월	월	월	월	
		월	월	월	월	월	월	
		월	월	월	월	월	월	
		월	월	월	월	월	월	