

취업보호 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(앞 쪽)

접수번호	접수일자	처리일자	처리기간	14일	
신 청 인	성명	생년월일 (외국인등록번호)			
	전화번호	의사상자 성명 및 의사상자와의 관계			
	주소				
	최종학력	학교	과	졸업 [] 중퇴 []	
	면허 또는 자격증				
희 망 사 항	취업	직종 제1지망:	제2지망:	제3지망:	
		근무지	업체	임금 월 만 원	
	직업훈련	훈련기관	직종		
		훈련기관	과정	주간	과정 []
				야간	과정 []

「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제13조, 같은 법 시행령 제17조제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제1항에 따라 위와 같이 취업보호를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

시장 · 군수 · 구청장 귀하

신청인 제출서류	1. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행규칙」 제4조에 따른 의사상자 인정결과 통보서 또는 의사상자 증서 사본 1부 2. 면허 또는 자격증이 있는 경우에는 면허증 또는 자격증 사본 1부 3. 이력서 1통 4. 신청인과 의사상자의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서 또는 사실혼관계 · 친생자관계존재 확인의 소 판결문 등의 서류 1부(주민등록표 등본으로 그 관계를 확인할 수 없는 경우에만 해당합니다)	수수료 없 음
담당 공무원 확인사항	주민등록표 등본	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

처리절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

