

근로지원인 서비스 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간 14일		
신청인	성명			주민등록번호		
	주소			장애유형		
	전화번호 () - 휴대전화:			중증여부 [] 중증 [] 경증		
	현 직장 취업일자		보조공학기기 사용여부	예 [] 아니오 [] 기기명		
사업주 동의	사업체명		대표자			
	사업체 유형	국가 [] (공무원 [] 비공무원 []), 지방자치단체 [] (공무원 [] 비공무원 []), 공공기관(공기업) [], 표준사업장 [], 직업재활시설 [], 비영리기관 [], 민간기업 []				
	소재지					
	담당자명		연락처			
	사업자등록번호		상시근로자 수			
	업종(주된 생산품)		장애인 근로자 수			
	사업장에서 근로지원인 서비스 제공에 동의합니다. 대 표 (서명 또는 인)					

근로지원인 서비스 신청 내용	
담당 직무 (핵심직무 위주로 기술)	근로지원인 서비스 필요영역
(수행시간:)	
(수행시간:)	
(수행시간:)	
(수행시간:)	
(수행시간:)	
근로지원인 서비스 희망기간	년 월 일 ~ 년 월 일
근로지원인 서비스 요청사항	

「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제19조의2, 같은 법 시행령 제20조의2 및 같은 법 시행규칙 제7조의2에 따라 위와 같이 신청합니다.

신청인
한국장애인고용공단 ○○○○○○장 귀하

년 월 일
(서명 또는 인)

첨부서류	「장애인고용촉진 및 직업재활법 시행령」 제4조제1항 각 호의 기준에 해당함을 증명할 수 있는 서류 (「중복된 장애의 합산 판정 기준 및 중증장애인 확인 고시」에 따른 중증장애인 확인서를 말합니다) 1부		수수료 없 음	
처리절차				
신청서 작성 신청인	→ 접수 처리기관 (한국장애인고용공단)	→ 검토 처리기관 (한국장애인고용공단)	→ 결재 처리기관 (한국장애인고용공단)	→ 결정 통지