

『근로지원인 양성과정』 교육 신청서

인 적 사 항	
성 명	(남/여) 생년월일
주 소	
연락처 (H.P)	E-mail
구 분	<input type="checkbox"/> 근로지원인 재직 중(수행기관:) <input type="checkbox"/> 예비 근로지원인
장 애 유 무	유(장애 급) / 무
보유 자격증	
최 종 학 력	<input type="checkbox"/> 고졸 <input type="checkbox"/> 초대졸 <input type="checkbox"/> 대졸 <input type="checkbox"/> 대학원(수료/졸업) <input type="checkbox"/> 재학(학교 학년) <input type="checkbox"/> 휴학 <input type="checkbox"/> 기타()

- 장애정보는 해당하는 경우에만 적어주시고 해당하지 않으시면 무에 체크해주세요.
- 신청서는 이메일(iawill@daum.net)로 송부해주세요.
- 문의전화: 02-812-2538

상기 본인은 사단법인 월에서 주최하는 『근로지원인 양성과정』 교육 참여와 관련하여 「개인정보보호법」제15조 및 제17조에 따라 동 신청서에 기재된 개인정보를 교육대상자 관리와 취업알선을 위한 용도로 수집·이용하는 것에 동의합니다. 또한 한국장애인고용공단 근로지원부에 공유되며, 수집 된 개인정보의 보유 및 이용기간은 수집일로부터 36개월입니다.

※ 귀하는 개인정보 수집 및 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으나 동의를 거부할 경우 교육 참여와 향후 취업 알선이 제한됩니다.

동의함 / 동의하지 않음

20 . . .

신청인: (서명 또는 인)

사단법인 월 귀하

- [첨부] 1. 온라인교육 수료증 1부(필수)
2. 유사자격증 사본 1부(해당자)