근로지원인 서비스 이용 확인서

사 업 체 명	사업체 이름	대 표 자	대표자 성함
사업체 주소	사업체 주소	연 락 처	사업체 연락처
장애인 근로자 성명	장애인 근로자 이름	근로지원인 성명	근로지원인 이름.
장애인 근로자 수행 직무	장애인 근로자가 하는일	근로지원인 지원업무 (부수적 업무)	장애인 근로자를 도와주는 근로지원인의 일. (보조 또는 지원으로 작성)
근로지원인 배치 기간	입사일	근로지원인 일 근로시간	본인의 일 최대 근무시간
기타 애로사항	애로사항이 있다면 작성해주세요 ~♥		

위 사항에 따라 현재 근로지원인 서비스 이용중임을 확인합니다.

장애인 근로자가 아닌 사업체에서 확인해줄수 있는 사람

사업체 담당자	(서명)
장애인 근로자	장애인 근로자 이름. (서명)
근로지원인	근로지원인 이름. (서명)

사인이나 도장

※ 이용지가 2명인 근로지원인은 각각 작성해주셔야 합니다.

20 년 월 일 → 6월2일 ~ 6월24일 이내의 날짜 (주말, 공휴일 제외)

한국장애인고용공단 서울남부지사장 귀하

☆ 예시파일을 꼼꼼히 읽으신 후 작성 부탁드립니다.