

## 근로지원인 서비스 이용 확인서

사업체명	각 사업체명	대표자	대표자 성함
사업체 주소	사업체 주소	연락처	사업체 연락처
장애인 근로자 성명	장애인근로자 이름	근로지원인 성명	근로지원인 이름
장애인 근로자 수행 직무	장애인 근로자 직무	근로지원인 지원업무 (부수적 업무)	근로지원인이 하는 일
근로지원인 배치 기간	2021.3.1 ~	근로지원인 일 근로시간	본인의 일 근무시간
기타 애로사항			

위 사항에 따라 현재 근로지원인 서비스 이용중임을 확인합니다.

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

→ 사업체 담당자 서명

반드시 서명  
또는 도장  
필수

20   년   월   일   → 날짜 작성

한국장애인고용공단 서울남부지사장 귀하