

## 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	연락처	
	담당자명	상시근로자 수	
	사업자등록번호	장애인 근로자 수	
	업종(주된 생산품)	사업장에서 근로지원인 서비스 제공에 동의합니다. 대표 (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  
년 월 일  
(서명 또는 인)

한국장애인고용공단 ○○○○○○장 귀하

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 없음
------	--	-----------

### 처리절차

