

국 민 내 일 배 움 카 드 발 급 확 인 서

성 명: (한글) (영문)

생 년 월 일:

우 편 번 호:

주 소:

연 락 처:

휴 대 폰:

발 급 결 정 일 자:

확 인 담 당 자:

위 사람은 「국민내일배움카드 운영규정」에 따른 지원대상자임을 확인하오니,
제휴카드사 영업점은 본 확인서를 접수하고 카드를 발급해 주시기 바랍니다.

년 월 일

○○지방고용노동청 ○○(지)청장 인