

참여자 정보 확인서

참여자 성명: _____

연락처: _____

구분	확인사항	
사업자등록증 유무	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음
고유번호증 유무	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음
장애인등록 여부	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음
장기요양등급 판정 여부	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음
미취업 상태 여부	<input type="checkbox"/> 취업	<input type="checkbox"/> 미취업
임직원 겸임 여부*	<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 미해당

* 일자리사업 수행기관 또는 배치기관의 법인, 기관단체의 대표, 임직원 겸임 여부

※ 위 내용이 사실과 다를 경우, 선발이 취소되거나 장애일자
리사업 참여가 즉시 중단 조치될 수 있음을 확인함.

신청인: _____ (서명 또는 인)

년 월 일

한울림장애일자립생활센터장 귀하