

직장 내 장애인 인식개선 교육신청서 (업체용)

업 체 현 황	업 체 명	대 표 자		전 화	
	사업자번호			팩 스	
	업태 및 종목	홈 페이지			
	주 소				
담 당 자	성 명	소속 · 직책			
	연 락 처	휴 대 전 화			
	E - mail				
질 문	본관을 어떻게 알게 되셨나요?	<input type="checkbox"/> ① 한국장애인고용공단 홈페이지 <input type="checkbox"/> ② 포털사이트 검색 <input type="checkbox"/> ③ 희망나래장애인복지관 홈페이지 <input type="checkbox"/> ④ SNS <input type="checkbox"/> ⑤ 지인추천 <input type="checkbox"/> ⑥ 기타()			
신 청 내 용	교 육 장 소	사업장 내 <input type="checkbox"/> 교육실 <input type="checkbox"/> 강당 <input type="checkbox"/> 회의실 <input type="checkbox"/> 사무실 <input type="checkbox"/> 기타() 별도의 장소			
	보 유 기 기	<input type="checkbox"/> 프로젝터 <input type="checkbox"/> 컴퓨터 <input type="checkbox"/> 스크린 <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> 마이크 <input type="checkbox"/> 포인터 <input type="checkbox"/> 기타()			
	대 상 인 원	<input checked="" type="checkbox"/> 대표자 포함 임원()명 <input checked="" type="checkbox"/> 직원()명 <input checked="" type="checkbox"/> 협력사()명 <input checked="" type="checkbox"/> 기타()명			
	세 부 신 청 내 역				
		강 의 수	희망날짜	인원(명)	교육 시작 시각
	1	2020. .		:	:
	2	2020. .		:	:
	3	2020. .		:	:
	4	- 신청내용의 양식은 변경·작성 가능합니다		:	:
요 청 사 항	- 신청동기, 특별히 원하는 교육내용 등을 기재				

장애인고용촉진 및 직업재활법 제5조 및 동법 제86조 관련한 「직장 내 장애인 인식개선 교육」을 위와 같이 신청합니다.

2020년 월 일

업체명

(직인)

희망나래장애인복지관 귀중

교육기관지정 제2019-141호(고용노동부)

주소 (우) 16062 경기도 의왕시 오전로 27
 전화 031-467-7346 팩스 031-477-8511 이메일 ssol_7@naver.com 홈페이지 www.uwnare.or.kr

■ 신청서는 메일로 발송해 주시기 바랍니다. 담당자 박솔 사회복지사