직장 내 장애인 인식개선 교육 강사지원 신청서

신청인	사업장명		업종	
	대표자성명		전화번호	
	담당자성명		팩스번호	
	상시근로자수		장애인근로자수	
	소재지			
신청내용 (희망내용)	교육일시	월 일	□ 오전 시 분 □ 오후 시 분	
	교육장소	□사업장 내 □외부장소 이용 ( )		
	기타			
	※희망신청내용은 교육기관과 협의하여 추후 조정 결정됩니다.			

위와 같이 직장 내 장애인 인식개선 교육을 위한 강사지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (인)

㈜우리행성 교육기관 귀하

직장 내 장애인 인식개선 교육 강사지원을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

□ 직장 내 장애인 인식개선 교육 강사지원을 위해 아래의 내용과 같이 귀 기관이 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다.

□ 수집·이용에 관한 사항

- 수집·이용 목적: 직장 내 장애인 인식개선 강사지원
- 수집 항목: 핸드폰 번호
- 보유기간: 위 개인정보는 수집·이용에 관한 동의일로부터 한국장애인고용공단의 위 목적을 위하여 5년간 보유됩니다.
- 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익: 위 개인정보의 수집·이용에 동의하지 않으실 경우 직장 내 장애인 인식개선 교육 강사지원이 불가합니다.

단, 전화번호 항목에 유선전화를 기입한 경우 동의서 작성 불요

수집·이용	본인은 위 목적으로 본인의 개인정보를 수집하는 것에 동의합니다. (동의함 □ 동의하지 않음 □)

본인은 개인정보 수집·이용에 대한 내용을 충분히 안내받았음을 확인합니다.

2019 년 월 일

동의자 성명 : (인)