

서식6

현장실습 훈련 지원사업 참여 기업 신청서

■ 노인 일자리 및 사회활동 지원에 관한 법률 시행규칙 [별지 제2호서식]

현장실습 훈련 지원사업 참여 기업 신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수기관(수행기관) 안양과천상공회의소	처리기간 7일
------	-------------------------	---------

[신청인 정보]

기업 개요	기관(기업)명: ○○○		대표자 성명: ○○○	
	사업자등록번호(고유번호): ○○○		주요 사업 : ○○○	
	상시 근로자 수 : ○○○명		설립연도 : ○○○	
	담당 부서 : ○○○		홈페이지 주소 : ○○○	
	담당자 성명: ○○○		담당자 직위 : ○○	
	전화번호(팩스번호): ○○○		전자우편 주소 ○○○	
	주사무소 소재지 : ○○○			
모집 사항	모집 직종 영업.판매 관리자(0151) (직종분류표 첨부메일 참고)		인원 : 00명	
	근무 조건	월 급여 (최저시급이상기재) 원	참여 기간	(협약서 날짜 부터 그해 12월31일 까지 ○개월) ~ (개월)
		형태 월급 또는 시급		
		시간 09:00시~18:00시		
	자격 요건 등 없을 경우 “자격요건 없음” 으로 작성			
사업 참여 이후 계속 고용 예정 인원(비중) 인턴종료 후 계속 채용예정 00명 (100% 계획)				

「노인 일자리 및 사회활동 지원에 관한 법률」 제10조제2항, 같은 법 시행령 제7조제3항, 같은 법 시행규칙 제5조제1항에 따라 위와 같이 현장실습 훈련 지원사업 참여 기업으로 신청합니다.

신청일자는 협약일

2025년 월 일

신청인(대표자) 성명

(서명 또는 인)

보건복지부장관

귀하

신청인 제출서류	1. 현장실습 훈련 지원사업 운영계획서 2. 4대사회보험 사업장 가입내역 확인서★ 3. 사업자등록증(또는 고유번호증)	수수료 없음
업무 담당자 확인 사항	사업자등록증명(주민등록번호가 제외된 사업자등록증명을 말합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 업무 담당자가 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 신청인에 대한 위의 업무 담당자 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.

신청인(대표자) 성명

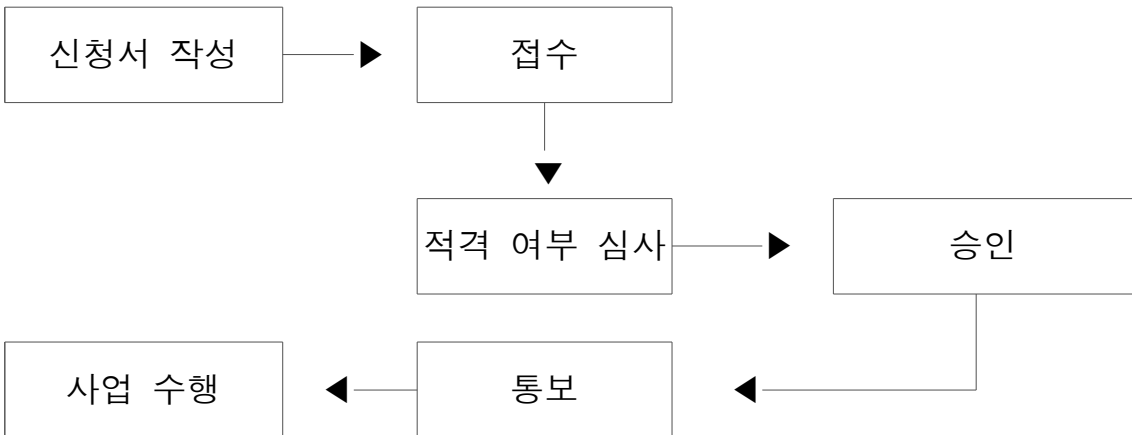
(서명 또는 인)

유의사항

「근로기준법」, 「산업안전보건법」, 「최저임금법」 등 근로 관계 법령을 준수하는 4대 사회보험 가입사업장 중에서 노인의 역량을 활용하기에 적절한 업종을 영위하는 기업 및 비영리민간단체 등을 대상으로 하며, 3개월 미만의 계절 수요 업체, 소비향락업체, 다단계판매업체 등 노인을 장기적으로 고용하기 어렵다고 보건복지부장관이 판단하는 경우에는 참여할 수 없습니다.

처리 절차

신청인	처리기관
	보건복지부



현장실습 훈련[시니어인턴십] 지원사업 운영계획서[참여기업용]

인턴십 모집사항				
실시인원	인턴	○○(명)	세대 통합형	(명)
	모집연령대	60세 이상		
모집직종	위의 부서배치 제 목과 동일하게_직종분류표 직업명(중요!!)			
근무지역	안양			
자격사항	관련 자격증소지자 우대, 경력자 우대, 자격없음...등			