

# 2020년 군산장애인종합복지관 직장 내 장애인 인식개선 교육 신청서

사업장명			연락처			
			팩 스			
담당자			휴대전화			
			이메일(필수)			
주 소						
교육장소			총 근로자 수	명		
			장애인 근로자 수	명		
업 태	사업자등록증상 업태(여러 종목일 경우 1번째)					
교육장소 현황	<input type="checkbox"/> 컴퓨터 <input type="checkbox"/> 인터넷유무 <input type="checkbox"/> 스크린 <input type="checkbox"/> 텔레비전 <input type="checkbox"/> 빔프로젝터					
편의시설 설치 여부	※휠체어를 사용하시는 장애인 강사님께서 교육장소(교실,강당)까지 이동할 수 있나요? <input type="checkbox"/> 예, 경사로나 엘리베이터가 있습니다. <input type="checkbox"/> 아니요. 없습니다.					
교육요청시간	1안	_____월 _____일(____요일) _____시 _____분부터 1시간				
	2안	_____월 _____일(____요일) _____시 _____분부터 1시간				
	직장 내 장애인 인식개선 교육은 1시간 이상 실시하여야 합니다.					
기타 요청사항 (추가교육내용 / 장애체험교육 외)	장애체험교육은 교육인원 30명이하일 경우 신청가능합니다.					
<div style="text-align: center;">2020년      월      일</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <span>신청인(신청기관)</span> <span>(인)</span> </div>						
팩스(063-466-7983) 또는 이메일(krc7982@daum.net) 발송 후 접수 여부 확인 부탁드립니다. 문의 : 군산장애인종합복지관 안준근 사회복지사(대표전화 063-466-7981 / 직통전화 070-8897-2976)		기 관 작 성 란	관 장		지 시	
			접수일자		사무국장	
			번 호		운영지원팀장	
			담 당			