

【별지 제2호】

입 학 신 청 서

※ (*)표시는 필수 기재항목입니다.

개성인명(*) 정보		주민등록번호(*)	-			
	주소(*)	(우편번호: -) 우편서비스 []받음 []받지 않음				
	전화번호(*)	집전화	휴대전화			
		무료문자서비스 []받음 []받지 않음				
전자우편	@					
	전자우편서비스 []받음 []받지 않음					

최학종교학명 력 (*)	전공 (부전공)	재학기간 년 월 ~ 년 월	상 태		
			[]졸업(예정) []중퇴	[]재학 []수료 []검정고시	[]휴학 []독학사

주 요 경 력	사 업 체 명	직 종	근무기간(년,월)	고 용 형 태	임 금	직 무 내 용	토 사 사 유
			~				
			~				

주 요 능 력 이 개 발 력 훈 련	훈 련 기 관	훈 련 직 종	훈 련 기 간	
			년 월 ~ 년 월	
사 보 유 자 격 및 면 허	1.	(년 월 취득)	2.	(년 월 취득)
	3.	(년 월 취득)	4.	(년 월 취득)
컴 퓨 터 활 용 능 력	[] 문서작성 [] 스프레드시트 [] 프리젠테이션 [] 회계프로그램 [] 기타()			

장 애 유 형 및 정 도 (*)	장 애 유 형	[] 지체장애 [] 언어장애 [] 신장장애 [] 안면장애	[] 뇌병변장애 [] 지적장애 [] 심장장애 [] 장루 · 요루장애	[] 시각장애 [] 자폐성장애 [] 호흡기장애 [] 뇌전증장애	[] 청각장애 [] 정신장애 [] 간장애 [] 상이등급
--	------------------	--	--	---	---

	장애 정도	[]경증 []중증	장애등록일	년 월 일
금융 정보 (*)	계좌 번호			
	은행		예금주	

2026 년 월 일

신청자(본인) (서명)

【별지 제1호】 (제15조제3항 관련) <개정 2022. 11. 23, 2023. 12. 11., 2026. 1. 27.>

개인정보 수집·이용 및 제공 사전 동의서

한국장애인고용공단에서는 취업지원·직업능력개발훈련 등 서비스 제공을 위해 최소한의 필수 개인정보를 처리하고 있습니다. 이를 위해 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제23조, 제24조에 따라 각각 동의가 필요합니다. 다음 사항에 대해 충분히 읽어보신 후 동의 확인란에 체크하시고 자필로 서명하여 주시기 바랍니다.

※ 귀하께서는 아래 각각의 사항에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부시 서비스 제공 일부가 제한됩니다.

■ 개인정보처리 동의

수집·이용하려는 개인정보의 항목	개인정보의 수집·이용 목적	개인정보의 보유·이용 기간	동의함
·성명, 주소, 사진, 전화번호, 이메일, 학력 및 경력 ·서비스참여기간 ·계좌번호(금융정보) ·취득자격증 및 보유면허	·취업지원서비스 제공 (구직등록, 직업능력평가, 중증장애인 지원고용, 장애인 인턴제, 취업성공패키지, 고용지원 필요도 결정, 장애학생 취업지원, 근로장애인	준영구	☐

	전환지원, 취업알선 및 사후지도) . 직업능력개발훈련서비스 제공 ·공공부조 및 사회서비스 수혜이력조회 ·공단 및 다른 직업훈련기관에서 제공한 직업훈련 이력조회 ·상해보험 가입 ·현업적용도평가 ·공단 고객만족도, 공공기관 고객만족도 및 사회적 가치 기여도 조사 ·훈련참여수당 및 훈련장려금 지급		
--	--	--	--

■ 고유식별번호 및 민감정보 처리 동의

수집.이용하려는 민감정보의 항목	고유식별번호 및 민감정보의 수집.이용 목적	민감정보의 보유·이용 기간	동의함
·장애유형 및 정도 ·국가유공자 여부 ·건강정보	. 직업능력개발훈련서비스 제공 ·자격(변동)확인 ·공공부조 및 사회서비스 수혜이력조회 ·공단 및 다른 직업훈련기관에서	준영구	☐

	제공한 직업훈련 이력 조회 ·결핵검진 및 결핵 유소견자 식별		
--	--	--	--

■ 동의 없이 처리하는 고유식별정보 고지

「개인정보 보호법」 제15조제1항제2호에 따라 취업지원·직업능력개발훈련 등 서비스를 받는 경우 아래의 사항을 처리하기 위해 아래 처리 근거에 의해 주민등록번호를 귀하의 동의 없이 처리할 수 있음을 알려드립니다.			
처리하려는 고유식별정보	처리 목적	고유식별정보의 보유 ·이용 기간	처리 근거
·주민등록번호	·자격(변동)확인 ·공공부조 및 사회서비스 수혜이력조회 ·공단 및 다른 직업훈련기관에서 제공한 직업훈련 이력 조회 ·상해보험 가입	준영구	장애인고용촉진 및 직업재활법 시행령 제82조의2

※ 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익

위 개인정보의 수집·이용에 동의하지 않을 수 있으며, 동의하지 않으실 경우 공단에서 제공하는 서비스의 이용이 일부 제한됩니다.

(제공가능 서비스) 공개된 구인업체 정보, 훈련기관 및 훈련직종 정보 등

(제공제한 서비스) 구직등록, 취업알선, 직업평가, 지원고용 등 취업지원서비스,
 직업능력개발훈련

본인은 개인정보 수집 이용 처리 내용을 충분히 안내받았음을 확인합니다.

년 월 일

신청자(본인) 및 보호자(대리인)

(서명)

■ 개인정보 제3자 제공 및 처리 동의

개인정보를 제공하는자	개인정보를 제공받는자	제공받는 개인정보의 항목	개인정보를 제공받는자의 개인정보 이용목적	개인정보를 제공받는자의 개인정보 보유 및 이용기간	동의함
한국장애인 고용공단	·기획재정부, 행정안전부, 보건복지부, 국가보훈처, 고용노동부, 국세청, 국민건강보험 공단, 근로복지 공단, 한국고용정보 원 등 다른 법률에 근거가 명시된 경우 ·보험회사 ·설문조사 대행업체	·성명, 성별, 주소, 생년월일, 전화번호, 이메일, 학력, 취업 이력, 자격증 정보 ·서비스 참여기간	·자격(변동) 확인 ·공공부조 및 사회서비스 수혜 이력 조회 ·상해보험 가입 ·설문조사 및 답례품발송	대상자격 유지기간	☐

■ 민감정보 제공 동의

민감정보를 제공하는자	민감정보를 제공받는자	제공받는 민감정보의 항목	민감정보의 이용목적	민감정보를 제공받는자의 정보 보유 및 이용기간	동의함
한국장애인 고용공단	·기획재정부, 행정안전부, 보건복지부,	·장애종류 및 등급	·자격(변동) 확인	대상자격 유지기간	☐

	국가보훈처, 고용노동부, 국세청, 국민건강보험 공단, 근로복지 공단, 한국고용정보 원 등 다른 법률에 근거가 명시된 경우 · 대한결핵협회	·국가유공자 여부 ·건강이상 여부	·공공부조 및 사회서비스 수혜 이력 조회 ·결핵검진 및 결핵 유소견자 식별		
--	---	-----------------------------	--	--	--

※ 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익

귀하는 위 개인정보의 제공·조회에 동의하지 않을 수 있으며, 이 경우에는 본 건 업무를 처리하기 위하여 공단에서 요구하는 관련 증빙자료를 직접 제출하셔야 합니다. 다만 관련 법률이 정한 경우에는 제공 동의 여부와 관계없이 다른 기관에 제공하거나 조회할 수 있습니다.

■ 사진·영상 촬영 및 보유·활용 동의

수집·이용하려는 개인정보의 항목	개인정보의 수집·이용 목적	개인정보 보유·이용 기간	동의함
· 사진·영상촬영	· 훈련기관 안내 리플릿 등 홍보 인쇄물 사진 자료 활용 · 직업체험 워크북, 교재 등 발행물 사진 자료 활용 · 보도자료 등 언론 홍보관련 사진 및 영상물 촬영·활용	준영구	☐

본인은 개인정보 제3자 제공 및 처리 내용을 충분히 안내받았음을 확인합니다.

년 월 일
신청자(본인) 및 보호자(대리인) (서명)

		단체상해보험 가입 희망 확인서
--	--	---------------------

단체상해보험 가입 희망 확인서	
본인은 한국장애인고용공단(이하“공단”)의 훈련과정에 참여함에 있어서 아래와 같이 재학 중에 제공되는‘단체상해보험’에 대한	
❖ 가입을 희망합니다. ☐	❖가입을 비희망합니다. ☐
※ 귀하께서 공단의 단체상해보험에 가입을 희망하는 경우, “가입을 희망합니다”에 체크☑, 가입을 희망하지 않는 경우에는 “가입을 비희망합니다”에 체크☑ 하시기 바랍니다.	
❖“가입을 희망합니다”에 체크☑ 하신 분은 아래 「가입 시, 유의사항」을 확인하시기 바랍니다.	
○ 「가입 시, 유의사항」	
- 귀하께서 공단 단체상해보험 이외에 기존에 가입한 개인 실손 보험이 있는 경우에는 각 보험별 비례 보상(중복보상 불가)되며,	
- 공단 단체상해보험의 보장내용별 자기부담금이 발생하고, 보험금 지급 여부 및 규모는 보험사의 심사에 따르게 됩니다.	
○ 본인은 공단의 단체상해보험 가입에 따른 위 유의사항을 충분히 안내받고 이해하였음을 확인합니다. ☐	
※ 귀하께서 위 단체상해보험 가입 희망 및 유의사항을 확인하고, 가입 희망 관련 ☐ 란에 모두 ‘체크☑’하여야만 공단의 단체상해보험 가입이 가능합니다.	
년 월 일	
(본인) 생년월일: . . . 성명: (서명 또는 인)	
(보호자)	성명: (서명 또는 인)

※ 대상자가 발달장애인·미성년자인 경우, 보호자의 자필서명을 필히 받을 것.