노인일자리 및 사회활동 지원사업 참여신청서

※ 접수번호와 수행기관 확인란은 담당자가 작성합니다.

접수번호		**신청일**	20 년 월 일
성명		**생년월일**	년 월 일
연락처	자택: 휴대폰:	**성별**	남 / 여
주소			
희망사업	공익활동 / 사회서비스형 / 시장형 / 취업알선형 / 기타	**희망근무지**	
최종학력		**주요경력**	
건강상태	양호 / 보통 / 치료중 / 기타	**기초연금**	수급 / 비수급

참여 희망 사유 및 활동 가능 시간

보유 자격·경력·특이사항

위와 같이 노인일자리 및 사회활동 지원사업 참여를 신청하며, 기재한 내용이 사실임을 확인합니다.

20 년 월 일

신청인: _____ (서명 또는 인)

수행기관 확인: _____ 담당자: _____

개인정보 수집·이용 및 제공 동의서

노인일자리 참여 신청과 선발, 자격 확인, 사업 운영을 위해 아래 개인정보 처리 내용을 확인합니다.

수집 항목	성명, 생년월일, 주소, 연락처, 경력, 자격, 건강상태, 사업 참여 이력 등
이용 목적	참여자 상담, 선발, 자격 확인, 근무 배치, 활동비 지급, 사업 관리
보유 기간	사업 운영 및 관련 법령·지침에서 정한 기간
제공 대상	수행기관, 지방자치단체, 보건복지부, 한국노인인력개발원 등 사업 운영 기관

동의 확인

☐ 개인정보 수집·이용에 동의합니다.　　☐ 동의하지 않습니다.

☐ 개인정보 제 3 자 제공에 동의합니다.　　☐ 동의하지 않습니다.

※ 동의하지 않을 경우 참여 신청 또는 선발 절차가 제한될 수 있습니다.

20　　년　　월　　일

신청인: _____ (서명 또는 인)