2022년 안산상공회의소
『전직지원 프로그램』 참여 신청서

기 업 명		사업자등록번호	
대표자명		근로자 수	
소 재 지			
연 락 처		F A X	
담 당 자		휴대폰	
		이메일	
교육 대상			
교육 인원			
교육 장소			
교육 희망일정			
기타 요청사항			

2022 년 월 일

신청자(대표자) : (인)

안산상공회의소 중장년일자리희망센터 귀하