

『취업성공패키지』 중단 요청서					
참여자	성 명		주민등록번호	-	
	주 소				
	연락처				
사업 참여 현황	초기상담일	20 년 월 일			
	최종참여 프로그램	프로그램명			
		참여기간	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일		
취업지원 중단사유 (위탁기관 작성)		☐ 참여대상자 요건 미충족 ☐ 직업심리검사 거부 ☐ IAP 수립 비협조적 ☐ 세부 취업지원프로그램 불참 ☐ 취업알선 3회 이상 거부 ☐ 현실적으로 참여 곤란 ☐ 형식적인 프로그램 참여 ☐ 센터방문 의무 불이행 ☐ 의뢰된 민간위탁기관 참여 불이행 ☐ 우리 부 및 여타부처 취업지원 서비스 프로그램 참여 ☐ 기타()			
취업지원 중단 요청 사유 (참여자가 제출시 작성)					

위와 같이 20 년도 『취업성공패키지』 지원 중단 조치를 요청합니다.

년 월 일

참 여 자 성 명

수 탁 기 관 명

(인)

(인)