**30일, 60일, 90일 추적 보고서**

☐ **30일** ☐ **60 일** ☐ **90 일**

고객 이름:       상담사:

고용주/주소:

직속 상사/매니저:       직장 전화번호:

직책:

급여율:       주당 근무 시간:

근무 시작일:       오늘 날짜:

**지난 30일 동안 발생한 변화에 대해 설명하십시오**:

☐ 임금 인상       ☐ 일정:       ☐ 승진함:

☐ 퇴사함:       ☐ 해고됨:       ☐ **혜택 변경:**      ☐ 기타:

고객/대리인 서명:       날짜:

직업 개발자 서명:       날짜:

감독자/고용주 서명:       날짜:

**지속적인 연락 필요**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 날짜 | 시간 | 수단 | 통화함/만남 | 결과 |
|  |  | ☐ 문자/이메일  ☐ 전화  ☐ 직장 현장 방문  ☐ 기타: | ☐ 고용주  ☐ 고객  ☐ 기타: |  |
|  |  | ☐ 문자/이메일  ☐ 전화  ☐ 직장 현장 방문  ☐ 기타: | ☐ 고용주  ☐ 고객  ☐ 기타: |  |
|  |  | ☐ 문자/이메일  ☐ 전화  ☐ 직장 현장 방문  ☐ 기타: | ☐ 고용주  ☐ 고객  ☐ 기타: |  |
|  |  | ☐ 문자/이메일  ☐ 전화  ☐ 직장 현장 방문  ☐ 기타: | ☐ 고용주  ☐ 고객  ☐ 기타: |  |

**해결이 필요한 문제나 우려 사항을 모두 작성하십시오:**      

고용 성공 진행에 따른 비용 청구 시에는 본 양식과 함께 클라이언트의 최신 급여 명세서 사본(고용주가 이 양식에 서명하지 않은 경우)을 제출해야 합니다. 작성이 완료된 양식은 의뢰한 재활 상담사에게 제출해 주시기 바랍니다.