**재직 확인서**

**고객 이름:**       **사례 ID 번호:**       **상담사:**

**급여를 지급하는 고용주:**

**취업 장소** (급여 지급자와 다른 경우, 실제 근무하는 회사명):

**주소:**

**직속 상사:**       **전화:**

**근무 시작일: (고객이 임금을 받기 시작한 날짜)***:*

**급여율:**      ☐ 시간당 ☐ 주당 ☐ 월별

☐ **정규직** ☐ **파트타임** (주당 근무 시간):

 파트타임인 경우: ☐ 주당 근무 시간 설정

☐ 주당 근무 시간이 유동적임: **최소**#       **최대#**

**근무 일정:** ☐ **주별로 다름** ☐ **정규 일정** (요일 및 시간):

**혜택:** ☐ 건강 보험 **"예"인 경우**, 클라이언트 자격:

☐ 첫날 ☐ 3개월 ☐ 6개월 ☐해당 사항 없음

☐ 연차 휴가 ☐ 병가 ☐ 퇴직 연금 제도

☐유급 공휴일 ☐기타

**수습 기간:** ☐ 3개월 ☐ 6개월 ☐ 1년 ☐ 해당 사항 없음 ☐ 기타

**직책:**

**직무 내용** (직무 기술서를 첨부하거나 아래에 기술):

*참고: 고용주 서명을 받지 못한 경우, 고객 급여 명세서 사본(가능한 즉시)이 필요합니다.*

**고객 / 대리인 서명**       **날짜:**

(위에서 설명된 직무에 동의함을 나타냄)

**고용주 서명**       **날짜:**

**직업 개발자 서명**       **날짜:**

작성된 양식을 BVR의 담당 재활 상담사에게 제출해 주십시오.