[서식 6]

국민취업지원제도 일경험프로그램 예외적 약정해지 검토보고서

1. 약정 당사자 및 약정기간

약정 당사자	**참여기업**	사업장명	사업자등록번호
		대표자명	주된 업종
		소재지	담당자 연락처
	위탁기관	위탁기관명	담당자 연락처
기존 약정기간			
약정해지 신청일			
일경험 운영기간			

2. 예외적 사유 검토 결과

검토항목	검토결과	검토내용
정산완료 여부	*적정/부적정*	
예외적 약정해지 사유 여부 (3개월 이내 참여실적 전무)	*적정/부적정*	

3. 검토자 의견

년 월 일

검토자 소속:

직위:

성명: (서명)