

2024 경기청년 사다리 프로그램 질병·병력 확인서

성명		생년월일	
----	--	------	--

1. 본인은 프로그램의 원활한 참여가 어려운 특이질병*이 없습니다.()

* 돌발상황 발생, 감염 위험 우려가 있는 질병 등

2. 시행 기관의 참고가 필요한 병력* 등 기재(해당시 기재): ()

* 의학적 질병, 정신과 약물 복용, 심리적 문제나 증상 등

3. 기타 특이사항(필요시 기재): ()

4. 의학적 질병과 개인방역에 대한 치료를 포함한 모든 책임은 본인에게 있으며,
경기도일자리재단의 어떤 조치에도 이의를 제기하지 않을 것임을 동의합니다.

2024년 월 일

성명

(서명)

재단법인 경기도일자리재단 대표이사 귀하