**<Autism@Work: IT 테스팅 프로그램> 1기 참여 신청서**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 접수번호  | 기재하지 말아주세요 |
| (사진) | 성 명 |  | 연락처 | [집] |
| [휴대폰]  |
| [이메일]  |
| 생년월일 | 년 월 일 ( 세) | 성별 | □남 □여 |
| 주 소 |  |
| 학력 | (학사 이상) (학생일 경우 16년도 2학기 휴학여부: □네 □아니오) |
| (고등학교) |
| 컴퓨터 활용능력(컴퓨터 관련 자격증 포함) |  | 노트북 소유 여부 |  | 자격/면허 | ` |
| 컴퓨터 외 자격/면허 |  |  |  |
| 구사가능 언어 |  (수준: □상 □중 □하)(수준: □상 □중 □하) |  |  |
| 쓰기(이메일, 메모 등) | □ 편함 □ 보통 □ 불편함 | 1:1 대면 소통 | □ 편함 □ 보통 □ 불편함 |  |  |
| 전화 소통 | □ 편함 □ 보통 □ 불편함 | 그룹 소통 | □ 편함 □ 보통 □ 불편함 |  |  |
| 업무 경력 | 아르바이트 등 모두 포함 가능 |
| 직업훈련 | 기관명 |  |
| 직종/기간 |  |
| 개별이동 가능여부 | □가능 □불가 □기타( ) |
| 참여 가능 시간 | (예시) 매주 월, 수, 금 오전 10시~오후5시 참여 가능 |
| 등록 장애 유형 및 등급 |  |
| 보 호 자 | 성 명 |  | 연락처 | 휴대폰 |  |
| 이메일 |  |
| 위와 같이 Autism@work 프로그램에 참여하고자 신청합니다. 기재사항은 사실과 다름 없음을 확인합니다.2016년 08월 00일교육생 (서명 또는 인) 보호자 (서명 또는 인) |

**자 기 소 개 서**

|  |  |
| --- | --- |
| 내가 좋아하는 것은? |  |
| 내가 싫어하는 것은? |  |
| 내가 잘하는 것은? |  |
| 스스로 생각하는 나의 장점은? |  |
| 스스로 생각하는 나의 단점은? |  |
| 화가 났을 때 나의 행동은? |  |
| 하루 중 가장 시간 할애를 많이 하는 활동은? |  |
| 어떤 업무를 하고 싶은지? |  |
| 내가 바라는 업무 환경은?(중복 가능) | □ 반복적이고 변화가 없는 업무 환경□ 업무 시간/장소를 자율적으로 할 수 있는 업무 환경 □ 사수에게 주기적 멘토링을 받을 수 있는 업무 환경 □ 조용한 업무 환경 □ 특이사항 없음 □ 기타 ( )  |
| 과거 학창시절/업무 경험 중 어려움을 겪었던 원인은?(중복 가능) | □ 빛 □ 소음 □ 냄새 □ 온도 □ 신체접촉 □ 상사/선배 □ 동료/친구 □ 전화 통화 □ 열린 업무 공간 □ 학업/업무 스케줄 □ 자신감 부족 □ 도전이 되는 자극의 부족 □ 특이사항 없음 □ 기타 ( ) |
| 이 프로그램을 통해 바라는 점은? |  |
| 기타(하고 싶은 말) |  |
| 보호자가 바라는 점 |  |