

2017년 장애가정 청소년 '성장-mentoring'
멘 토 모 집

사업명 : 2017 장애가정 청소년 '성장-mentoring'

활동내용 : 일상생활 및 학습지원(연26회/주1-2회 2시간), 발대식(연1회),
멘티 건강체크(연2회), 학교교사상담 or 또래상담(연1회), 부모상담(연1회)
멘티·멘토캠프(연1회), 멘토간담회(연3회), 문화체험활동(연4회),
연말사례발표회의(연1회), 활동일지작성

주 회 : 우정사업본부

주 관 : 우체국공익재단, 한국장애인재활협회, 경남장애인재활협회

사업기간 : 2017년 3월 ~ 2017년 11월

모집대상

- 멘토 : 해당지역 대학(원)생 총 6명
- 책임감을 가지고 9개월간 지속적인 지원이 가능한 자 (멘토링 경험자 우대)

* 제출서류 : 신청서 1부(*필수 증명사진), 재학증명서 1부, 주민등록등본 1부
(* 1인 세제 세 : 교부대상자 또는 본인 이외의 세대원은 주민번호 뒷자리 미포함 소입
에) 부600303-*****, 부 620302-*****)

신청기간 : 2017년 02월 08일 ~ 02월 20일

신청방법

- e-mail접수 : gom@gomduri.kr
- 우편접수 : 창원시 의창구 두대동 145번지 창원종합운동장내 별관 9호
경남장애인재활협회 멘토링 담당자 앞
(봉투에 '멘토링 신청서 재중' 기재 바람)
- 참조 : www.gomduri.kr (행사&소식 or 열린마당 → 멘토링)
- 문의 : 055-267-0700 / fax, 253-3311

멘토 혜택

- 9개월 활동 이후 멘토 활동수료증 발급
- 봉사활동 확인서 발부 가능

* 서류심사 이후 면접을 통해 선정, 선정 결과는 개별 통보드립니다.*

(멘토 지원서)

장애가정청소년'성장-mentoring'



접수번호		접수일자	
성명	연고	소속	대학(대학원) or 직장:
	주민등록번호		학과(부서):
			학년(학년):
주소			
연락처	(전화):	(휴대폰):	
	(E-Mail):		
서각 및	1.		
지원동서	2.		
강의서양	3.		
	4.		
	5.		
서각 및 특기:			
연동하여 멘티에게 도움이 될 수 있는 것			
멘토링 관련 강연			
지원동기			
멘토링을 통하여 연구자 이름 것			
멘티에게 가르쳐주고 싶은 것			
연동 가능 시간			

본인은 이 프로그램에 참여하기를 희망합니다.

2017년 월 일 지원자: (인)