



Division of Licensing Services

New York State
 Department of State
 Division of Licensing Services
 P.O. Box 22001
 Albany, NY 12201-2001
 고객 서비스: (518) 474-4429
 팩스 (518) 473-6648
 www.dos.ny.gov

견습 이발사 시간 기록

름 성 명 종간이름 고유 ID 번호

집 주소

도시

주

우편번호+4

대상
기간

시작일 _____ 20 _____ 종료일 _____ 20 _____

중요- 본 기록을 분실하지 않도록 하십시오. 본 기록은 귀하가 견습생으로 근무한 기간을 증명할 자료로 사용될 것입니다.

- 본 문서 뒷면에 근무한 시간을 매일 기록하십시오.
- 담당 공인 이발사 감독자(Barber Supervisor)에게 본 문서 뒷면에 서명하도록 매주 요청하십시오.
- 뉴욕 주 조사관의 요청이 있을 시 이 문서를 보여주십시오.
- 가게를 그만두거나 견습 기간을 완료할 때, 담당 공인 이발사 감독자에게
- “고용 기록(Record of Employment)” 섹션에 정보를 기입한 다음, 아래의 확인란 중 한 곳에 서명해달라고 요청하십시오.
- 이발사 면허를 신청하려면 아래의 견습생 확인서에 서명한 다음 작성된 신청서와 함께 본 시간 기록표를 제출하십시오.

추가 용지가 필요한 경우, 본 문서를 필요한 만큼 복사하여 사용하셔도 됩니다.

고용 기록

가게명	주소	시작일	종료일

확인서- 공인 이발사 감독자

본인은 해당 견습생이 하기에 명시된 기간 동안 본인의 감독하에 근무하였음을 증명하는 바입니다. 시작일 _____ 종료일 _____ 감독 이발사의 서명 _____ 서명 _____ 일 _____ UID 번호 _____	본인은 해당 견습생이 하기에 명시된 기간 동안 본인의 감독하에 근무하였음을 증명하는 바입니다. 시작일 _____ 종료일 _____ 감독 이발사의 서명 _____ 서명 _____ 일 _____ UID 번호 _____
본인은 해당 견습생이 하기에 명시된 기간 동안 본인의 감독하에 근무하였음을 증명하는 바입니다. 시작일 _____ 종료일 _____ 감독 이발사의 서명 _____ 서명 _____ 일 _____ UID 번호 _____	본인은 해당 견습생이 하기에 명시된 기간 동안 본인의 감독하에 근무하였음을 증명하는 바입니다. 시작일 _____ 종료일 _____ 감독 이발사의 서명 _____ 서명 _____ 일 _____ UID 번호 _____

견습생 확인서 본인은 본 소책자에 기록된 본인의 견습기간에 대한 내용이 사실임을 증명합니다.

견습생 서명 _____

견습생 UID 번호 _____

일자 _____

