U.S. Department of State

CONTACT INFORMATION AND WORK HISTORY FOR NONIMMIGRANT VISA APPLICANT

OMB APPROVAL NO. 1405-0144
EXPIRES: 01/31/03
ESTIMATED BURDEN: 1 Hour

PLEASE TYPE OR PRINT YOUR ANSWERS IN THE SPACE PROVIDED BELOW EACH ITEM
PLEASE ATTACH AN ADDITIONAL SHEET IF YOU NEED MORE SPACE TO CONTINUE YOUR ANSWERS

1. Last Name(s) 성 | **First Name(s)** 이름 | **Middle Name**

2. Date of Birth *(mm-dd-yyyy)*
생년월일(월-일-년)

3. Place of Birth 출생지
Country 국명 | City/Town 도시 | State/Province 주/도

4. Permanent Home Address and Telephone Number *(include apartment number, street, city, state or province, postal zone, and country)*
주민등록상의 주소(아파트 호수, 동, 시, 도, 우편번호 및 국가)와 전화번호

5. Full Name and Address of Spouse *(if applicable) (postal box number unacceptable)* 배우자의 이름과 주소 (기혼자일 경우)

Name *(Last, First, Middle)* 성명 (성, 이름)	Address 주소(사서함 번호는 안됨)	Telephone Number 전화번호

6. Full Names and Addresses of Children, Parents, and Siblings *(postal box number unacceptable)* 자녀, 부모 그리고 형제 자매의 이름과 주소

Name *(Last, First, Middle)* 성명 (성, 이름)	Address 주소(사서함 번호는 안됨)	Relationship 관계	Telephone Number 전화번호

7. List at Least Two Contacts in Applicant's Country of Residence Who Can Verify Information About Applicant *(do not list immediate family members or other relatives) (postal box number unacceptable)* 신청자의 신원을 확인해 줄 수 있는 국내 거주자 2인 이상 기재

Name *(Last, First, Middle)* 성명 (성, 이름)	Address 주소(사서함 번호는 안됨)	Telephone Number 전화번호

Paperwork Reduction Act Statement

*Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 1 hour per response, including time required for searching existing data sources, gathering the necessary data, providing the information required, and reviewing the final collection. In accordance with 5 CFR 1320 5(b), persons are not required to respond to the collection of this information unless this form displays a currently valid OMB control number. Send comments on the accuracy of this estimate of the burden and recommendations for reducing it to: U.S. Department of State (A/RPS/DIR) Washington, DC 20520.

OMB ... U.S. Department of State, A/RPS/DIR, Washington D.C. 20520-1849

WORK EXPERIENCE - PRESENT 직장근무 경력-현재

Job Title: 직위	Date *(mm-dd-yyyy)* From 입사일(월-일-년)	Date *(mm-dd-yyyy)* To 날짜(월-일-년)까지

Employer's Name and Address: 직장 및 고용주의 이름과 주소

Telephone Number 전화번호

Describe Your Duties: 직장에서 하는 일

WORK EXPERIENCE - PREVIOUS 직장근무 경력-과거

Job Title: 직위	Date *(mm-dd-yyyy)* From 입사일(월-일-년)	Date *(mm-dd-yyyy)* To 퇴사일(월-일-년)

Employer's Name and Address: 직장 및 고용주의 이름과 주소

Telephone Number 전화번호

Describe Your Duties: 직장에서 담당했던 업무

WORK EXPERIENCE - PREVIOUS 직장근무 경력-과거

Job Title: 직위	Date *(mm-dd-yyyy)* From 입사일(월-일-년)	Date *(mm-dd-yyyy)* To 퇴사일(월-일-년)

Employer's Name and Address: 직장 및 고용주의 이름과 주소

Telephone Number 전화번호

Describe Your Duties: 직장에서 담당했던 업무

WORK EXPERIENCE - PREVIOUS 직장근무 경력-과거

Job Title: 직위	Date *(mm-dd-yyyy)* From 입사일(월-일-년)	Date *(mm-dd-yyyy)* To 퇴사일(월-일-년)

Employer's Name and Address: 직장 및 고용주의 이름과 주소

Telephone Number 전화번호

Describe Your Duties: 직장에서 담당했던 업무

I certify that I have read and understood all the questions set forth in this form and the answers I have furnished on this form are true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that any false or misleading statement may result in the permanent refusal of a visa or denial of entry into the United States. 본인은 이 신청서에 제시된 모든 질문을 읽었고 이해했으며 이 양식에 기술한 답변들은 본인의 지식과 신념에 비추어 진실이며 정확함을 증명합니다. 어떤 허위나 오도하는 진술은 영구적인 비자거부나 미국입국 거부의 결과를 초래한다는 사실을 알고 있습니다.

APPLICANT'S SIGNATURE 신청인의 서명 _____ DATE *(mm-dd-yyyy)* 신청날짜(월-일-년) _____