


한국희귀·필수의약품센터 대학생 심화실무실습 교육 참가신청서

대학정보	학교명	대학교 대학 과	
	주 소		
지도교수	성명 / 직위	연락처	E-MAIL
신청학생 실습참여정보	성명 / 학년	연락처	E-MAIL
	실습참여이력 (해당항목에 체크)	☐ 제약회사 ☐ 병원 ☐ 약국 ☐ 공공기관(기관명 작성) ☐ 기타(기관명 작성)	

개인정보 수집 이용 등 동의서

한국희귀·필수의약품센터는 대학생 실무실습 교육 운영 및 수료증 발급관리를 위하여 아래와 같이 개인정보를 수집, 이용함을 고지합니다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적: 본인확인, 교육 참가자 선발 및 안내, 수료증 발급 등의 관리 업무를 위한 정보로 이용합니다.
2. 개인정보 수집 항목: (지도교수) 성명, 소속, 직위, 연락처, E-MAIL 주소 등,
(신청학생) 성명, 소속, 학년, 연락처, E-MAIL 주소 등
3. 개인정보 보유 및 이용기간: 5년. 단, 개인정보 보유 필요성이나 수료 증명 등을 위하여 일정기간 동안 보유할 수 있음
4. 귀하는 위 목적의 달성을 위하여 최소한의 정보 외의 개인정보 수집에 동의하지 아니할 수 있으며 위 개인정보의 수집 및 이용에 관하여 동의를 거부할 권리가 있습니다. 다만 해당정보를 제공하지 않을 경우, 교육 참여 및 수료증 발급에 제한이 있을 수 있음을 알려드립니다.

본인은 위 개인정보 수집 및 이용에 관하여 확인하였으며, 이에 동의합니다.
 (지도교수) ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음 (신청학생) ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※ 담당교수 및 참가학생의 연락처와 전자메일은 실무실습 참가자 선발 및 안내 등의 목적으로만 활용함

위와 같이 한국희귀필수의약품센터 대학생 심화실무실습 교육 참가를 신청합니다.

년 월 일

신청학생 (확인)

지도교수 (확인)

한국희귀·필수의약품센터 귀하