

실 습 신 청 서

1. 실습생 인적사항

성 명		생년월일	
소 속	호산대학교 부설 평생교육원		
현주소			
전화번호	집 :	휴대폰 :	
E-Mail			

2. 실습의뢰 기관

기 관 명	
기 관 주 소	
연 락 처	
팩 스 번 호	
실습지도자명	
실습 지도자	평생교육사 급 (관련경력: 년 개월)
실 습 기 간	

3 . 평생교육 필수과목 이수 현황

교과목명	이수시기 (년월~년월)	교과목명	이수시기 (년월~년월)
평생교육론		평생교육경영론	
평생교육 프로그램개발론		평생교육방법론	

년 월 일

실습생 : _____ (인)

실습기관 : _____ 귀중

< 실습지도자 개인정보 수집·이용 동의서 >

호산대학교 평생교육원에서는 현장실습 기관 선정과 관련하여 귀하(실습지도자)의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용하고자 합니다. 다음의 사항에 대해 충분히 읽어보신 후, 동의 여부를 체크, 서명하여 주시기 바랍니다.

- ◇ 개인정보의 수집 목적 : 현장실습 기관 및 실습지도자 자격(가능여부) 판단
(다른 목적과 용도로는 사용되지 않습니다.)
- ◇ 수집하는 개인정보 항목 : 성명, 주민등록번호, 연락처, 자격사항 등
- ◇ 개인정보의 보유 및 이용 기간 : 5년

개인정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

- ◇ 동의거부 권리 안내 : 정보주체는 개인정보 수집에 대해 거부 할 권리가 있으며, 거부 시 현장실습 기관 선정 불가 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.

본인은 본 “개인정보 수집 동의서” 내용을 읽고
명확히 이해하였으며, 이에 동의합니다.

년 월 일

생년월일 :

성 명 :

(서명 또는 인)