

보 육 실 습 신 청 서

학 생 정 보					
성 명		학교/ 학부	호산대학교 / 휴먼복지학부	생년 월일	
보육실습 기간	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일 (연속 6주 240시간 이상)				
집 주 소	우편번호)				
개인연락처			e-mail 주소		

보 육 실 습 기 관 정 보			
보육실습 기관명	(정원 : 명)	보육실습기관 원장명	
기관주소	우편번호)		
전화번호		팩스 (이메일)	
평가인증 여부	① 예(), ② 아니오 () ※ 평가인증 받은 기관에서만 실습가능		
보육실습 지도교사	이름 :	보육교사 1급 () 유치원정교사 1급 () ※ 해당 자격에 '○' 표 하세요.	

위 학생이 본 기관에서 보육실습 신청에 동의합니다.

20 년 월 일

보육실습기관 원장 :

(서명 또는 인)

< 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 : 2년

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 :

(인)