

사회복지현장실습 신청서

실 습 생 신 상 기 록				
호산대학교 평생교육원				
성 명 :		생년월일 :		
자택주소	□ □ □ □ □ ※도로명주소 기입			
연 락 처	휴대폰		E-mail	

위 학생에 대한 사회복지현장실습을 허락합니다.

실 습 기 관 정 보			
실습 기관명			기관복지분야
기 관 주 소	□ □ □ □ □		
기관 연락처			팩스번호
실 습 기 간	년 월 일 ~ 년 월 일 (120시간이상)		
실습 담당자 성 명			연락처
실습담당자의 자격증 급수	1급(), 2급()	실습담당자의 경 력	년 개월

- ※ 첨부서류
 1. 설치신고필증(시설인가증)
 2. 실습지도자 경력증명서(1급-3년이상, 2급-5년이상)
 3. 실습지도자 자격증 사본
 4. 실습지도자 개인정보수집이용동의서 각 1부.

(기관직인)

위와 같이 실습을 하고자 합니다.

신청자 (인)

※ 유의사항

1. (직인)란에 기관장의 직인을 받으면 됩니다.
2. 공란이 있을시 정상적으로 실습신청이 되지 않는 걸 명심하시기 바랍니다.
3. 허위 기재 및 미기재로 인한 실습과정에 있어서의 책임은 실습생 본인에게 있음을 유의하시기 바랍니다.
4. 문의 T. 053-850-8036 F. 053-853-9745

호산대학교 평생교육원장 귀하

< 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)