**수술/시술 잘하는 병원 “바르다임병원”**

의사체험 인턴쉽 참가신청서

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 사진(3x4cm)3개월 이내 촬영 | 성명 |  |
| 생년월일 |  |
| 학교명/학년(반) |  |
| 휴대전화 |  |
| E-mail |  |
| 보호자 연락처 |  |
| 주소 |  |
| 취미 및 특기 |  |
| 지원동기 |
|  |
| **개인정보 활용 동의서**1. 개인정보의 수집 및 이용목적- 의사체험 인턴쉽 프로그램 참여 학생 교육서비스 제공에 따른 본인 확인- 의사체험 인턴쉽 프로그램 행사 안내 및 SNS 송신 등2. 수집하는 개인정보 항목- 성명, 생년월일, 학교명(학년/반), 주소, 연락처, 보호자 연락처3. 개인정보의 보유 및 이용기간- 의사체험 인턴쉽 프로그램 행사 종료 후 폐기4. 마케팅.홍보 동의- 의사체험 인턴쉽 프로그램 체험과정은 촬영될 수 있으며, 추후 병원의 홍보 자료로 활용될 수 있습니다.5. 의료법에 준수하여 직접 체험활동에 제한이 있음을 알려드립니다.6. 동의거부권 및 동의 거부에 따른 불이익 안내- 귀하는 위와 같이 개인정보를 수집, 이용하는데 대한 동의를 거부할 권리가 있으며 동의거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만 동의를 거부할 경우 본원에서 제공하는 의사체험 인턴쉽 프로그램 교육서비스를 적용 받을 수 없음을 참고하시기 바랍니다.개인정보의 수집 및 이용에 동의하십니까? □ 동의함 □ 동의하지 않음2023. . .신청인 (인)바르다임병원 귀하 |

※ 신청서는 E-mail 주소 “bahrdigm1@naver.com” 발송해 주시기 바랍니다.

※ 신청서 메일 작성시 제목은 “인턴쉽 신청서\_이름”

※ 문의사항은 bahrdigm1@naver.com으로 문의해 주시기 바랍니다.