

개인정보 수집·이용·제공 동의서(교육훈련용)

본인은 아래의 내용을 확인하고, 예수병원(이하 '병원'이라 함)이 “개인정보보호법” 등 관련 법규에 의거하여 다음과 같이 본인의 개인정보를 수집·이용·제공하는 것에 동의합니다.

수집·이용·제공 목적	- 실습 및 수련관리, 교육훈련 등 일련의 절차 - 교육훈련(실습 등)을 요청한 기관에 교육훈련 목적에 부합한 정보 제공 - 기타 교육훈련(실습 등) 관리에 합리적으로 필요한 업무
수집·이용·제공 항목	- 개인인적정보[성명, 생년월일, 성별, 주소, 소속기관명(학교명, 학과명), 실습분야(혹은 직책), 휴대전화번호] - 건강관련정보(환자 및 교육생의 안전을 위하여 조사되어지는 정보) - 교육훈련(실습 등) 목적에 부합하는 정보[교육훈련 성적, 출석상황 등] - 기타 교육훈련(실습 등)에 필요한 사항
수집·이용·제공 기간	- 교육훈련(실습 등)을 요청한 기관에 교육훈련(실습 등) 목적에 부합한 정보 제공 - 수집 목적의 달성 및 제공받은 목적이 달성될 경우에도 보존의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있음

귀하는 개인정보 보호법 제15조 제2항 제4호에 따라 개인정보를 수집 및 이용, 제공에 관하여 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 교육훈련(실습 등)과 관련하여 불이익을 받을 수 있습니다.

※ 교육훈련 종료 후 훈련생에 관련된 정보 중 훈련의 목적 정보는 목적 달성 후 1년 미만으로 보존하고, 그 외의 개인정보는 지체 없이 삭제합니다.

2020 년 3 월 2 일

성 명 : 김 나 다 서명 또는 (인)

생년월일 : 1999 년 1 월 1 일

예수병원장 귀하

개인정보 수집·이용·제공 동의서(교육훈련용)

본인은 아래의 내용을 확인하고, 예수병원(이하 '병원'이라 함)이 “개인정보보호법” 등 관련 법규에 의거하여 다음과 같이 본인의 개인정보를 수집·이용·제공하는 것에 동의합니다.

수집·이용·제공 목적	- 실습 및 수련관리, 교육훈련 등 일련의 절차 - 교육훈련(실습 등)을 요청한 기관에 교육훈련 목적에 부합한 정보 제공 - 기타 교육훈련(실습 등) 관리에 합리적으로 필요한 업무
수집·이용·제공 항목	- 개인인적정보[성명, 생년월일, 성별, 주소, 소속기관명(학교명, 학과명), 실습분야(혹은 직책), 휴대전화번호] - 건강관련정보(환자 및 교육생의 안전을 위하여 조사되어지는 정보) - 교육훈련(실습 등) 목적에 부합하는 정보[교육훈련 성적, 출석상황 등] - 기타 교육훈련(실습 등)에 필요한 사항
수집·이용·제공 기간	- 교육훈련(실습 등)을 요청한 기관에 교육훈련(실습 등) 목적에 부합한 정보 제공 - 수집 목적의 달성 및 제공받은 목적이 달성될 경우에도 보존의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있음

귀하는 개인정보 보호법 제15조 제2항 제4호에 따라 개인정보를 수집 및 이용, 제공에 관하여 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 교육훈련(실습 등)과 관련하여 불이익을 받을 수 있습니다.

※ 교육훈련 종료 후 훈련생에 관련된 정보 중 훈련의 목적 정보는 목적 달성 후 1년 미만으로 보존하고, 그 외의 개인정보는 지체 없이 삭제합니다.

2020 년 3 월 2 일

성 명 : _____서명 또는 (인)

생년월일 : 년 월 일

예수병원장 귀하

No. 201 - 호

실습 승인 신청서

성명	김나다	성별	남	생년월일	990000-1000000
주소	전주시 완산구 서원로 383				
소속기관명 (학교명)	예수대학교				
실습분야(혹은 직책)	간호학 임상실습				
실습기간	12 주 (2020년 3월 9 일 ~ 2020년 11 월 27 일)				

본인은 귀 예수병원에서 실습을 받는 기간 중 병원의 제반 규정과 방침을 준수하고 성실히 실습을 할 것이며 아울러 실습기간 중 본인의 실수로 인해 귀병원에 끼친 여하한 손실과 본인이 입은 재해에 대해서 본인이 책임을 질 것을 약속하며 실습을 신청하오니 허락하여 주시기 바랍니다.

- 붙임) 1. A형, B형간염 항체 보유 확인증(또는 예방주사 접종확인서)
 2. 개인건강 정보보호 및 보안서약서(학생실습용)
 3. 개인정보 수집·이용·제공 동의서(교육훈련용)

2020 . 3 . 2

위 원 인 : 김나다

(인)

예수병원장 귀하

No. 201 - 호

실습 승인 신청서

성명		성별		생년월일	-
주소					
소속기관명 (학교명)	예수대학교				
실습분야(혹은 직책)	간호학 임상실습				
실습기간	12 주 (2020년 3월 9 일 ~ 2020년 11 월 27 일)				

본인은 귀 예수병원에서 실습을 받는 기간 중 병원의 제반 규정과 방침을 준수하고 성실히 실습을 할 것이며 아울러 실습기간 중 본인의 실수로 인해 귀병원에 끼친 여하한 손실과 본인이 입은 재해에 대해서 본인이 책임을 질 것을 확약하며 실습을 신청하오니 허락하여 주시기 바랍니다.

- 붙임) 1. A형, B형간염 항체 보유 확인증(또는 예방주사 접종확인서)
2. 개인건강 정보보호 및 보안서약서(학생실습용)
3. 개인정보 수집·이용·제공 동의서(교육훈련용)

2020 . 3 . 2

위 원 인 : (인)

예수병원장 귀하

개인건강 정보보호 및 보안 서약서(학생실습용)

나 김 나 다 는 실습중에 알게 된 개인(환자)의 건강 정보 보호에 대하여
본원 근무 중이나 실습후에도 비밀을 지킬 것을 서약합니다.

개인(환자)의 건강정보보호에 관한 법적, 관리적 사항과 본원의 의무기록 관리 규정에 대하여 교육을 받고, 내용을 충분히 숙지하였으며, 건강정보는 본원에서 정하는 의무기록 관리규정에 따라 열람, 복사할 것이며, 적절한 절차 없이 의무기록(또는 전자 의무기록)에 저장된 정보를 무단으로 열람, 복사, 누출하지 않을 것을 서약합니다.

관련법과 본원 규정에서 정하는 개인 건강정보보호에 관한 내용을 준수 할 것을 서약하며, 이를 위반 시에는 예수병원 규정 및 민·형사상의 법적 규제조항에 의거하여 어떠한 책임도 감수할 것을 서약합니다.

2020년 03 월 02 일

소 속	예수대학교	학 과	간호학과
이 름	김 나 다 (서명)	학 번	20180000
생년월일	1999.01.01		
직 종	간호학 임상실습		
실 습 일	2020 년 03 월 09 일 ~ 2020 년 11 월 27 일		

개인건강 정보보호 및 보안 서약서(학생실습용)

나 _____는 실습중에 알게 된 개인(환자)의 건강 정보 보호에 대하여
본원 근무 중이나 실습후에도 비밀을 지킬 것을 서약합니다.

개인(환자)의 건강정보보호에 관한 법적, 관리적 사항과 본원의 의무기록 관리 규정에 대하여 교육을 받고, 내용을 충분히 숙지하였으며, 건강정보는 본원에서 정하는 의무기록 관리규정에 따라 열람, 복사할 것이며, 적절한 절차 없이 의무기록(또는 전자 의무기록)에 저장된 정보를 무단으로 열람, 복사, 누출하지 않을 것을 서약합니다.

관련법과 본원 규정에서 정하는 개인 건강정보보호에 관한 내용을 준수 할 것을 서약하며, 이를 위반 시에는 예수병원 규정 및 민·형사상의 법적 규제조항에 의거하여 어떠한 책임도 감수할 것을 서약합니다.

2020년 03 월 02 일

소 속	예수대학교	학 과	간호학과
이 름	(서명)	학 번	
생년월일			
직 종	간호학 임상실습		
실 습 일	2020 년 03 월 09 일 ~	2020 년 11 월 27 일	