

지 원 서

공모 직위명	이사장	응모번호	※ 기재 불요
--------	-----	------	---------

사진부착 (3.5cm x 4.5cm) 최근 6개월 이내	인 적 사 항	성 명	[한글] [한자] [영문]					
		생년월일						
		주 소						
		전 화	[주택]() -	휴대폰		E-mail		
			[직장]() -					

학 력 사 항	기 간	학 교 명	전 공	소재지	학 위
	년 월 ~ 년 월	고등학교			
	년 월 ~ 년 월	대학교	학		
	년 월 ~ 년 월	대학원	세부전공 : 학		
	년 월 ~ 년 월	대학원	세부전공 : 학		

병역 사항	병 역	필, 병역특례, 면제 (면제 시 사유 :)				
	군 별		계 급		복무기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (년 개월)

자격 및 면허	종 류	취득년월일	어 학	외국어명	점 수	검정기관

☐ 경력사항

근 무 처	근무부서	직 위	담당업무	근무기간	퇴사사유
				~	
				~	
				~	
				~	
				~	
				~	
				~	

☐ 관련분야 논문발표 (중요도 순 작성)

구 분	제 목	게재년월	게재기관
논 문			
기 타			

※ 주요사항을 기술하되, 공간이 부족할 경우 해당 양식을 확장하여 기술(이하 동일)

☐ 연구 및 과제수행 주요업적 (중요도 순 작성)

과제명	주요내용	연구기간	과제수행 당시 소속기관	역 할 (연구책임자 또는 연구원)

☐ 관련분야 국가발전 기여 업적

☐ 기타 업적 및 활동 사항

☐ 포상실적

위와 같이 지원서를 제출하오며 기재내용이 사실과 다름이 없음을 확인합니다.

202 년 월 일

지 원 자 :

(서명)

자 기 소 개 서

지원동기 및 현재까지 달성한 경력 및 업적 등을 중심으로 구체적으로 기술하여 주십시오. (분량 : A4용지 4~6매 정도)

직 무 수 행 계 획 서

운영방침 및 경영혁신 계획을 포함하여 주요사업계획, 추진전략, 추진 일정 등을 상세하게 기술하여 주십시오. (분량 : A4용지 5매 내외)

개인정보의 수집·이용·제공 동의서

- ☐ 한국보훈복지의료공단 이사장 공모 신청과 관련하여 한국보훈복지의료공단이 본인의 개인정보를 수집·이용, 제3자에게 제공 및 조회하고자 하는 경우에는 「개인정보보호법」 제15조(개인정보의 수집·이용) 제1항 제1호, 제17조(개인정보의 제공) 제1항 제1호, 제23조(민감정보의 처리 제한) 제1항 제1호, 제24조(고유식별정보의 처리 제한) 제1항 제1호에 따라 본인의 동의를 얻어야 합니다. 이에 본인은 아래의 내용과 같이 한국보훈복지의료공단이 본인의 개인정보를 수집·이용·제공·조회하는 것에 동의합니다.

1. 수집·이용에 관한 사항

- 수집·이용 목적 : 한국보훈복지의료공단 이사장 후보자 심사 등 관련자료로 활용하거나 기타 법령상 의무 이행
- 수집·이용할 항목
 - 필수항목 : 개인식별정보(성명, 생년월일 등 고유식별정보, 주소, 전자우편주소, 휴대폰 번호 등), 개인식별정보 외에 지원서 등에 기재된 정보
- 보유·이용기간 : 본 동의서를 제출한 시점부터 한국보훈복지의료공단 이사장 임명 시까지
- 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익 : 동의하지 않을 경우 한국보훈복지의료공단 이사장 공모에 신청이 불가능합니다.

2. 제공·조회에 관한 사항

- 제공·조회대상 기관 : 한국보훈복지의료공단 이사장 임명 관련 정부기관
- 제공·조회 목적 : 한국보훈복지의료공단 이사장 후보자 심사 등
- 제공·조회할 개인정보 : 개인식별정보(성명, 생년월일 등 고유식별정보, 주소, 전자우편 주소, 휴대폰번호 등), 개인식별정보 외에 지원서 등에 기재된 정보
- 제공·조회받은 자의 개인정보 보유·이용 기간 : 본 동의서를 제출한 시점부터 한국보훈복지의료공단 이사장 임명 시 까지
- 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익 : 동의하지 않을 경우 한국보훈복지의료공단 이사장 공모에 신청이 불가능합니다.

수집·이용 동의	본인은 위 목적으로 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다. (동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐)
제공 동의	본인은 위 목적으로 본인의 개인정보를 제공하는 것에 동의합니다. (동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐)
고유식별 정보동의	본인은 위 기관이 위 목적으로 다음과 같은 본인의 고유식별정보를 수집· 이용하는 것에 동의합니다. (동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐)

202 년 월 일
성 명 : (인)

한국보훈복지의료공단 이사장 귀중