

# [2021년 호스피스완화의료 돌봄제공자 양성교육 '자원봉사 운영을 위한 실무 향상 프로그램' 개인정보 수집 · 이용 · 제공 동의서]

※ 친필서명하여 스캔본을 제출

고 지 내 용	개인정보의 수집 · 이용	
	■ 개인정보의 수집 · 이용 목적	말기환자 호스피스 전문기관에 종사하는 호스피스완화의료 전문인력 양성을 위해 자격을 검토하여 교육을 실시하고 교육 이수증 발급 및 수강생의 교육이력을 관리하기 위함.
	■ 수집하려는 개인정보 항목	신청자(수강생) 성명, 생년월일, 나이, 성별, 직장명, 직장 전화번호, 이메일 주소, 휴대전화번호, 학력 및 경력사항, 면허(자격)번호
	■ 개인정보의 보유 및 이용 기간	2021년 호스피스완화의료 돌봄제공자 양성교육 '자원봉사 운영을 위한 실무 향상 프로그램' 실시기관 합격생 발표 시 및 교육 기간 시까지 보유 및 삭제
	■ 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부에 대한 불이익은 없음.	
	개인정보의 제공	
	■ 개인정보를 제공받는 자	2021년 호스피스완화의료 돌봄제공자 양성교육 '자원봉사 운영을 위한 실무 향상 프로그램' 실시기관
	■ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 성명, 생년월일, 직장명, 면허(자격)번호 : 본인 식별 절차에 이용</li> <li>- 핸드폰번호, 이메일 주소 : 공지사항 전달, 본인 의사 확인 등 원활한 의사소통 경로의 확보, 새로운 교육서비스 정보의 안내</li> <li>- SMS서비스 수신여부 : 개인맞춤 서비스를 제공하기 위한 자료</li> <li>- 교육지원 시 기본정보로 사용</li> </ul>
	■ 제공하는 개인정보의 항목	신청자(수강생) 성명, 생년월일, 직장명, 휴대전화번호, 이메일 주소
	■ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간	2021년 호스피스완화의료 돌봄제공자 양성교육 '자원봉사 운영을 위한 실무 향상 프로그램' 실시기관 합격생 발표 시 및 교육 기간 시까지 보유 및 삭제
■ 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부에 대한 불이익은 없음.		
동 의 사 항	항목	수강생
	1. 본인은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 「연명의료결정법」) 시행규칙 별표 1에 제시된 호스피스 전문기관에 종사할 자원봉사 담당자 양성에 필요한 개인정보를 수집하고, 이용 · 제공하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	2. 본인은 본 교육과정은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 「연명의료결정법」) 제 32조 및39조에 따른 개인정보의 처리에 관하여 고지를 받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	3. 본인은 개인정보의 제3자 제공에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<div style="text-align: right;">년    월    일</div> <div style="text-align: right;">신청자(수강생) 성명 _____ (서명 또는 인)</div>	