|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **유전체 정보분석 전문가 심화과정 참가신청서** | | | | | | | | | | | | | |
| 본 과정은 ‘정밀의료 전문인력 양성사업’의 일환으로 진행되는 교육입니다.  교육생으로 선발된 후에는 **‘한국보건복지인력개발원 교육관리시스템’과 ‘정밀의료 인재DB’**에 등록됩니다.  교육 종료 후 **정밀의료분야 교육 홍보 및 교육 평가(연구·취업·이직 등 조사) 대상자**가 되오니 참고 부탁드립니다. | | | | | | | | | | | | | |
| \*(사진)  반명함판  (3.5×4.5) | | | 접 수 번 호 | | | | (기재하지 마십시오) | | | | | | |
| \*성 명 | | | | *전체이름기재* | | | | | | |
| \*생년월일 | | | | *19820101* | | | \*성별 | | □ 남 □ 여 | |
| \*재직여부 | | | | □ 재직 (4대보험 가입자 및 개인사업자)  □ 비재직 (4대보험 미가입자) | | | | | | |
| 연 락 처 | | \*휴대전화 | | | | *예시) 010-1234-5678* | | | | \*E-mail | |  | |
| \* 한국보건복지인력개발원 보건산업교육본부 회원 ID (https://hie.kohi.or.kr)  ※교육생 관리를 위해 회원가입 후 ID 필수 기입 | | | | | | | | | | | |  | |
| \*  학  력 | 학위명 | 졸 업 년 월 | | | | 학교명 (대학교 이후) | | | | 전공 | | | |
| *학사* | *2015. 2.* | | | | *한국대학교* | | | | *의료정보학* | | | |
| *석사* | *2018.2.* | | | | *한국대학교 대학원* | | | | *의료정보학* | | | |
|  |  | | | |  | | | |  | |  | |
| \*  경  력 | 직 장 명 | | | 부서명 | | | | 근 무 기 간 | | 직위/직급 | | 담당업무 | 소재지 |
| *한국보건복지인력개발원* | | |  | | | | *2000. 1. 1.~ 현재* | | *주임* | | *정밀의료 분야 교육기획* |  |
|  | | |  | | | | . . .~ . . . | |  | |  |  |
|  | | |  | | | | . . .~ . . . | |  | |  |  |
| 자격  및  면허 | 종류 | | | | | | | 취득일자 | | | | 발급기관 | |
|  | | | | | | | *2016. 3. 2.* | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | |  | | | |  | |
| 관련  경험 | 관련 교육 이수 경험 | | | | 교육명 | | | | 교육기간 | | 주관기관 | | |
| *머신러닝 교육* | | | | *2018. 3. 2.*  *~ 2018. 3. 10.* | | *한국보건복지인력개발원* | | |
|  | | | |  | |  | | |
| IT/공학 분야 전공자 | | | | *머신러닝/딥러닝 경험 있을 시 참여 사업명 or 분석 주제 간단히 기재* | | | | | | | | |
| 기타분야 전공자 | | | | *통계패키지를 활용한 데이터 분석 경험 있을 시 참여 사업명 or 분석 주제 간단히 기재* | | | | | | | | |

(\*표시는 필수입력 항목입니다. 허위사실이 밝혀질 경우, 합격이 취소될 수 있습니다. )

|  |
| --- |
| **2023년도 유전체 정보분석 전문가 심화과정**  **자기소개 및 교육활용계획서** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **과 정 명** | 유전체 정보분석 전문가  심화과정 | **접수번호** | (기재하지 마십시오) | | **성 명** |  |   - 자기소개:***유전체 데이터 분석 관련 교육 이수 경험 및 관련 업무 수행 경험 등 유전체 데이터 분석과 관련된 경력 상의 특이사항****을 포함하여 자유로운 형식으로 기술하시오.*  - 교육활용 계획:***본 교육과정 이수 후 하고자 하는 업무 내용 및 관심 분야*** *등을 포함하여 자유로운 형식으로 기술하시오. (단, 2매 이내로 작성)* |

위와 같이 교육 참여를 희망하며, 위 기재내용이 사실과 다른 경우에는 어떠한 불이익도 감수하고 이의를 제기하지 않겠습니다.

년 월 일

성명 (인)

서울대학교병원장 귀하

|  |
| --- |
| **개인정보 수집‧이용 동의서** |
| ○ 서울대학교병원은 「개인정보보호법」등 관련 법규에 따라 「정밀의료 전문인력 양성사업」의 사업 진행을 위하여 필요한 최소한의 범위 내에서 개인정보를 수집하고 있습니다. 다음의 사항을 충분히 읽어 보신 후, 동의 여부를 체크·서명하여 주시기 바랍니다.  **□ 개인정보 수집‧이용 내역 (필수항목)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **수집․이용하려는**  **개인정보의 항목** | **개인정보의 수집․이용 목적** | **개인정보 이용기간**  **및 보유기간** | | 사진, 성명, 생년월일, 성별  재직여부, 휴대전화번호, E-mail,  학력(학위, 졸업년월, 학교명, 전공),  경력(직장명, 부서명, 근무기간, 직위/직급, 담당업무, 소재지),  자기소개 및 교육활용 계획 | <수강생 개인식별>  - 교육 서비스(콘텐츠) 제공, 증명서발급(수료증),  개인별 교육이력 관리 등  <교육운영 및 수강생 관리>  - 교육생 선발, 교육 개발, 교육과정 평가, 교육생 통계, 바이오헬스넷과 연계한 정밀의료분야 인재DB 등록 및 관리, 맞춤형 교육정보 전달 등 | **10년** |   ※ 귀하는 위 개인정보 수집 및 이용에 대해 동의를 거부할 권리가 있습니다.  다만, 동의 거부 시에는 서류심사가 진행되지 않고, 교육과정 참여가 불가능할 수 있습니다.  위와 같이 (필수) 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (□동의함 □동의하지 않음)  **□ 개인정보 수집‧이용 내역 (선택항목)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **수집․이용하려는**  **개인정보의 항목** | **개인정보의 수집․이용 목적** | **개인정보 이용기간**  **및 보유기간** | | 자격 및 면허(종류, 취득일자, 발급기관),  관련경험, | <교육운영 및 수강생 관리>  - 교육생 선발, 교육 개발, 교육과정 평가, 교육생 통계, 바이오헬스넷과 연계한 정밀의료분야 인재DB 등록 및 관리, 맞춤형 교육정보 전달 등 | **10년** |   ※ 귀하는 위 개인정보 수집 및 이용에 대해 동의를 거부할 권리가 있습니다.  다만, 동의 거부 시에는 서류심사가 진행되지 않고, 교육과정 참여가 불가능할 수 있습니다.  위와 같이 (선택) 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (□동의함 □동의하지 않음)  년 월 일  성명 (인) |

|  |
| --- |
| **개인정보 수집‧이용 동의서** |
| **□ 개인정보 제3자 제공 내역 (필수항목)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **개인정보를**  **제공받는 자** | **개인정보의 수집․이용 목적** | **제공받는 자의 이용 목적** | **제공받는 자의**  **개인정보 이용기간**  **및 보유기간** | | 한국보건복지  인력개발원 | 사진, 성명, 생년월일, 성별  재직여부, 휴대전화번호, E-mail,  학력(학위, 졸업년월, 학교명, 전공),  경력(직장명, 부서명, 근무기간, 직위/직급, 담당업무, 소재지),  자기소개 및 교육활용 계획 | <수강생 개인식별>  - 교육 서비스(콘텐츠) 제공,  증명서발급(수료증),  개인별 교육이력 관리 등  <교육운영 및 수강생 관리>  - 교육생 선발, 교육 개발, 교육과정 평가, 교육생 통계, 바이오헬스넷과 연계한 정밀의료분야 인재DB 등록 및 관리, 맞춤형 교육정보 전달 등 | **10년** |   ※ 귀하는 위 개인정보 제3자 제공에 대해 동의를 거부할 권리가 있습니다.  다만, 동의 거부 시에는 서류심사가 진행되지 않고, 교육과정 참여가 불가능할 수 있습니다.  위와 같이 (필수) 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (□동의함 □동의하지 않음)  **□ 개인정보 수집‧이용 내역 (선택항목)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **개인정보를**  **제공받는 자** | **수집․이용하려는**  **개인정보의 항목** | **개인정보의 수집․이용 목적** | **제공받는 자의**  **개인정보 이용기간**  **및 보유기간** | | 한국보건복지  인력개발원 | 자격 및 면허(종류, 취득일자, 발급기관),  관련경험, | <교육운영 및 수강생 관리>  - 교육생 선발, 교육 개발, 교육과정 평가, 교육생 통계, 바이오헬스넷과 연계한 정밀의료분야 인재DB 등록 및 관리, 맞춤형 교육정보 전달 등 | **10년** |   ※ 귀하는 위 개인정보 제3자 제공에 대해 동의를 거부할 권리가 있습니다.  다만, 동의 거부 시에는 서류심사가 진행되지 않고, 교육과정 참여가 불가능할 수 있습니다.  위와 같이 (선택) 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (□동의함 □동의하지 않음)  년 월 일  성명 (인)  서울대학교병원장 귀하 |