

외 래 교 수 신 청 서

인 적 사 항	성 명	국 문				사 진 (반명함) (3Cm * 4Cm)	
		영 문					
	생 년 월 일	년	월	일	H. P		
	현 주 소						
	E-mail						
근 무 처	기관명(병원명)				요양기관번호		
	전 공				직 위		
	주 소				전화번호		
기 간		학 력 및 경 력					
. . . - . . .							
. . . - . . .							
. . . - . . .							
. . . - . . .							
. . . - . . .							
. . . - . . .							
. . . - . . .							
. . . - . . .							
. . . - . . .							
. . . - . . .							
. . . - . . .							
※ 제출서류 : 의사 면허증 사본 1부, 전문의 자격증 사본 1부, 학위증 사본 1부 ※ 위촉기간 : 5년(학기말 기준), 위촉기간 만료 전에 의사 여부를 확인 후 재위촉 해드립니다. ※ 외래교수 신청서는 매월 1회 접수합니다.							
20 년 월 일 신청인 : (서명)							
 한양대학교구리병원 HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL							

※ 전화 : 031-560-2682, 팩스: 031-560-2151, 이메일 : grefer@hyumc.com

개인정보 수집·이용 동의에 대한 안내

1. 개인정보의 수집·이용 목적

- 외래교수 위촉과 관련하여 제3자(한양대학교구리병원)에 이력서 제공
- 진료의뢰, 환자조회 및 회원 서비스 이용에 따른 본인 확인 절차에 사용
- 병원에서 행하는 각종 행사 소식 및 간행물 제공

2. 수집하려는 개인정보의 항목

- 필수항목: 성명, 생년월일, 휴대전화번호, 현주소, E-mail, 의료기관명, 요양기관기호, 전공, 직위, 근무지 주소, 근무지 전화번호, 학력 및 경력

3. 개인정보의 보유 및 이용 기간

- 수집한 개인정보 : 외래교수 위촉 만료 시 까지

■ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 이용이 제한됩니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

20 년 월 일

신청인 :

(서명)