

요양보호사 보수교육기관 시범평가 참여신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

① 기관명			② 지정번호	
③ 소재지주소				
④ 전화번호			⑤ 팩스번호	
⑥ 교육기관장 또는 대표자	성 명		⑦ 생년월일	
			⑧ 휴대전화 번호	
⑨ 교육방법	[] 대면		[] 온라인	

개인정보 수집 · 이용

- ① 개인정보의 수집 · 이용 목적: 요양보호사 보수교육기관 평가 시범운영 기관 모집
- ② 수집하려는 개인정보의 항목: 기관명, 소재지주소, 대표자(또는 기관장) 성명, 생년월일, 휴대전화번호
- ③ 개인정보 보유 및 이용 기간: **3년**
- ④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 요양보호사 보수교육기관 평가 시범운영 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

위 개인정보 수집·이용에 동의하십니까?

동의함 ☐ 동의안함 ☐

위와 같이 요양보호사 보수교육기관 시범평가 참여를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(기관장 또는 대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하