개인정보 제공동의서

1. 개인정보를 제공받는 자

◯ 기관 : 보험회사 및 자격증발급협회

2. 제공하려는 개인정보의 항목 및 목적

구분	항목	목적
1	학과, 성명, 주민등록번호, 실습업체, 실습기간	실습보험가입 및 자격증발급

3. 개인정보의 보유 및 이용기간

개인정보 이용기간	개인정보 보유기간
2021년 5월 14일 (금) ~ 자격증발급 완료시까지	실습보험가입 및 자격증발급 완료시까지

4. 본인의 개인정보제공 및 활용에 대한 제공사항은 2021학년도 현장실습 시행에 따른 실습보험 가입 및 자격증 발급에만 제공되며 제공한 본인의 개인정보는 목적이 달성되면 자동적으로 파기하여 주시기 바랍니다.

위 사항에 대하여 본인이 직접 작성하였으며 개인정보제공 및 활용에 동의함

☑ 동의함

소　　속 : 수성대학교 보건복지경영과
학　　번 :
성　　명 :　　(인)