외 래 교 수 신 청 서

인적사항	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					
근무처	기관명(병원명)			요양기관번호		
	전 공			직 위		
	주 소			전화번호		

기 간	학 력 및 경 력
. . . - . . .	
. . . - . . .	
. . . - . . .	
. . . - . . .	
. . . - . . .	
. . . - . . .	
. . . - . . .	
. . . - . . .	
. . . - . . .	
. . . - . . .	

※ 제출서류 : 의사 면허증 사본
※ 위촉기간 : 5년(학기말 기준), 위촉기간 만료 전에 의사 여부를 확인 후 재위촉 해드립니다.
※ 외래교수 신청서는 매월 1회 접수합니다.

20 년 월 일

신청인 : (서명)

한양대학교병원
HANYANG UNIVERSITY SEOUL HOSPITAL

※ 보내실곳 : 진료협력팀 담당자(본관 지하1층)/ 전화 : 02-2290-9588, 팩스: 080-293-0019, 이메일 : srefer@hyumc.com

개인정보 수집 · 이용 동의에 대한 안내

1. 개인정보의 수집 · 이용 목적
   - 외래교수 위촉과 관련하여 제3자(한양대학교병원)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, 핸드폰번호, 현주소, E-mail, 의료기관명, 요양기관기호
     근무부서, 직위, 근무지주소, 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)