2021학년도 원광보건대학교 학사학위전공심화과정 입학원서

취업은 원광보건대
063 840 1551~2 입학 홈페이지 http://ipsi.wu.ac.kr

수험번호								

※수험번호는 입학관리팀에서 작성 합니다.

지원자 정보	성명			주민등록번호			
	주소	(우편번호)					
	본인 휴대폰		집전화		추가 연락처		
고교 정보	출신 고교	고등학교 년 월 일 (☐ 졸업 ☐ 졸업 예정)					
	검정 고시	지구 년 월 일 (☐ 합격)					
대학 정보	출신대학명	대학(교) (☐ 전문대학 ☐ 4년제)		학과명	학과		
	졸업 일자	년 월 일(☐ 졸업 ☐ 졸업 예정)		입학 연도	년	수료 학년	학년
	수료 학기	학기	평균 평점	/	이수 학점	점	
대학 정보	지망 학과	학과					
	학과 정보	임상병리학과(전공심화)	치위생학과(전공심화)	사회복지학과(전공심화)	간호학과(전공심화)		
		물리치료학과(전공심화)	의무행정학과(전공심화)	유아교육학과(전공심화)			
		방사선학과(전공심화)	식품영양학과(전공심화)	호텔관광서비스학과(전공심화)			
		치기공학과(전공심화)	미용피부화장품학과(전공심화)	외식조리학과(전공심화)			

상기 본인은 귀 대학에 입학 하고자 소정의 서류를 갖추어 지원합니다.

20 년 월 일 지원자 : (서명)

원광보건대학교 총장 귀하

원광보건대학교
WONKWANG HEALTH SCIENCE UNIVERSITY

개인정보 수집 및 이용에 대한 동의

원광보건대학교에서 취급 하는 모든 개인 정보는 「개인정보보호법」등 관련 법령에 근거하여 수집·보유·처리 되고 있으며, 개인 정보의 수집 및 이용 목적, 개인 정보의 보유 및 이용 기간을 안내 드리 오니 자세히 숙지 하시고 동의해 주시기 바랍니다.

1. 수집 하는 개인정보

가. 필수 항목 : 지원자 정보(이름, 주민등록번호(재외국인/재외국민 전형 등의 경우 : 외국인등록번호 또는 여권번호), 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 이메일), 추가 연락처, 학교정보(최종학력구분, 재학/출신 고교명, 대학명, 졸업(예정)연도, 졸업성적, 고교 전화번호), 자기소개서

나. 선택 항목 : 은행명, 계좌번호, 예금주(본인 계좌만 가능)

2. 개인정보의 수집·이용 목적

가. 대입 입학 전형 및 환불(전형료, 등록금)

나. 학생 선발 및 제출한 자료의 사실 확인을 위한 국가기관 및 교육기관 등의 정보조회에 활용

다. 입학 전형 시 제공한 개인 정보는 본교에 합격한 경우 수업 및 출석관리, 평가 등 학사 관리에 활용

3. 개인정보의 보유 및 이용 기간 : 개인정보 보유기간의 경과, 처리목적 달성 등 개인정보가 불필요하게 되었을 때에는 지체 없이 해당 개인정보를 파기합니다.
다만, "다른 법령에 따라 보존하여야 하는 경우"에는 보유 및 이용 기간이 경과한 개인정보를 파기하지 않고 보존할 수 있습니다.

지원자(만14세 미만의 경우, 법정대리인)는 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※ 개인정보의 수집 및 이용에 대해 거부할 수 있으나 동의 거부 시 대입 원서 접수의 제한이 있을수 있습니다.

고유식별정보 수집 및 이용에 대한 고지사항

※ 고등교육법 시행령 제 73조에 따라 정보주체의 동의 없이 아래의 개인정보를 수집 및 이용 합니다.

개인정보 처리사유	개인정보 항목	수집근거
대입 원서 접수 및 대입전형	주민등록번호(재외국민과 외국인 전형 등의 경우 : 외국인 등록번호 또는 여권 번호)	고등교육법시행령 제73조(고유식별정보의 처리)

위 내용을 확인 하셨습니까? ☐ 확인함

개인정보 취급 위탁에 대한 동의

학사학위전공심화과정 입학을 위해 위해 아래와 같이 개인정보를 위탁하고 있으며, 관계 법령에 따라 위탁 계약 시 개인정보가 안전하게 관리될 수 있도록 필요한 사항을 규정하고 있습니다.

수탁업체	위탁업무 내용	개인정보의 보유 · 이용기간	기타
한국전문대학교육협의회	지원/합격/등록 내역	처리목적 달성 시 또는 위탁계약 종료 시까지	고등교육법 시행령
(주)클컴미디어	지원자관리/입학사정처리/합격자 등록 및 제반사항 보존, 관리	처리목적 달성 시 또는 위탁계약 종료 시까지	

지원자(만14세 미만의 경우, 법정대리인)는 개인정보 취급 위탁에 대해 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※개인정보 취급 위탁을 거부할 경우 원서를 접수할 수 없습니다.

개인정보 제3자 제공에 대한 동의

다음과 같이 개인정보를 제3자에게 제공하고 있습니다.

개인정보를 제공받는 자	제공받는 자의 개인정보 이용목적	제공하는 개인정보 항목	제공받는 자의 보유·이용기간	기타
한국전문대학교육협의회	학교알리미에 진학 통계 자료 제공	등록대학, 모집단위명	처리목적 달성시까지	

지원자(만14세 미만의 경우, 법정대리인)는 개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※개인정보의 제3자 제공을 거부할 권리가 있으며, 이를 거부하여도 원서는 접수할 수 있습니다.

본인 확인 및 지원자격, 전형일자 확인 여부

※ 이 원서는 지원자 본인만 작성하여 지원할 수 있습니다. 차후 이를 위반한 경우에 입학무효 등의 문제가 발생할 수 있습니다. [타인접수 절대 불가]

※ 지원 대학의 모집요강을 확인하시기 바랍니다.

※ 모집요강의 지원자격 및 최저학력기준 등을 확인하시기 바랍니다.

위 내용을 확인하셨습니까? ☐ 확인함

대입 허위지원 방지와 지원자격 조작 방지에 관한 확인 여부

※ 학사학위전공심화과정 허위지원을 할 경우 형법상 업무방해죄에 해당되며 이에 따라 처벌받을 수 있습니다.

※ 지원자격이 허위인 것으로 밝혀진 경우 합격이 취소됩니다.

위 내용을 확인하셨습니까? ☐ 확인함

본인은 위 사항에 대하여 충분히 인지하여 귀 대학에 지원합니다.

20 년 월 일

지원자 성명 : (인)

원광보건대학교
WONKWANG HEALTH SCIENCE UNIVERSITY