

장애인복지관 견학 신청서

신청인	이름 (단체명)		연락처	
	대표자명		휴대폰	
	주 소			
	견학예정인	명	비 고	학 교 : 학 과 :
견학기간		견학일자	견학시간	
		년 월 일 요일	: ~ :	
견학동기				
요청사항 및 기타사항		-		
<p style="text-align: center;">상기 내용으로 진주시장애인종합복지관 견학신청서를 제출합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청자 : (인)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">진주시장애인종합복지관장 귀하</p>				

※ 반드시 담당자와 사전 전화 통화 후 신청서를 제출하여 주시기 바랍니다. (F.055-762-0167)

개인정보 취급 동의서

본 복지관은 보다 원활한 서비스 제공하고자 귀하의 기본 정보를 아래와 같이 수집 및 이용하고 있으며, [개인정보보호법] 제15조에 의거하여 개인정보 수집, 이용, 제공에 대한 동의를 받고 있습니다. 아래 내용을 충분히 숙지하신 후 동의란에 서명해 주시기 바랍니다.

수집 및 이용 목적

서비스 이용자 확인 및 관리, 서비스 진행 및 공지사항 전달, 서비스 결과 보고에 대한 자료 제공

수집 및 이용 항목

기본 개인정보 수집


성명, 연락처(전화 또는 휴대전화), 주민번호, 주소


위와 같이 개인정보를 수집하는데 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

홍보, 마케팅, 자료요청 등 서비스 제공 목적 외 개인정보 제공

장애인식개선을 위한 활동을 위해 촬영된 이미지 이용 (관보 및 홈페이지 등)

위와 같이 개인정보를 수집하는데 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

 귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부에 따른 불이익은 없습니다.

 수집한 개인정보 파일의 보유기간은 수집 목적을 달성한 시점까지이며, 파기를 요청하실 경우 절차에 따라 즉시(5일 이내) 파기되어 집니다.

20 년 월 일

신청자

(서명 또는 날인)

진주시장애인종합복지관장 귀하