

신 청 서

주 소(우편번호) : ()

성 명 :

생년월일 :

연 락 처 : ▷ 장학생 핸드폰)
▷ 자택 또는 연락가능 전화)

이 메 일 :

학교명(과) : _____대학교() / _____학년

※2024년도 05월 현재 학년 기재요망

보 호 자 :

보호자 본인과의 관계 :

본인은 경기도약사회 장학금 수혜대상자가 되기 위하여 별첨 서류와 함께 보호자 연서로 이에 신청합니다.

2024년 월 일

신 청 인 (인)

보 호 자 (인)

경기도약사회장 귀하

※ 모든 항목을 빠짐없이 기재하여 주시기 바랍니다.

서 약 서

주 소 :

성 명 :

학교명 :

상기 본인은 경기도약사회 장학금 수혜대상자로 추천되어 제출한 증빙서류 일체가 틀림없음을 확인 서약합니다.

2024년 월 일

서약인 : (인)

경기도약사회장 귀하

개인정보 제공 동의서

성명

생년월일

성별

본인은 경기도약사회에서 지급되는 장학금 수혜 대상자 추천과 관련하여 개인정보 보호법 제15조와 제17조에 따라 본인 확인을 위한 개인정보의 제공에 동의합니다.

2024년 월 일

동의인:

(서명 또는 인)

경기도약사회장 귀하

《법적근거》 개인정보 보호법 제15조 및 제17조

【개인정보의 수집 목적】

○경기도약사회 장학금 수혜대상자 추천업무와 관련하여 개인정보를 수집하고자 합니다.

【개인정보의 이용】

○경기도약사회 장학금 수혜자 추천 : 장학금 수혜 대상자의 자격 확인 (학력 등)

【개인정보 수집 범위】

○성명, 생년월일, 학교(전공), 주소, 전화번호(주택, 핸드폰), 이메일
○개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으나 동의를 거부할 경우 불가피하게 장학금 수여가 되지 않을 수 있습니다.

【개인정보 보존기간】

○“수집된 개인정보”는 경기도약사회 장학생으로 자격 확인 및 장학생 내역 보존용으로 사용되며 관계 서류는 5년 후 파기합니다.

개인정보의 수집·이용목적 보유에 동의하십니까?

동의함

동의하지 않음

【개인정보 제공 동의】

○정보의 제공 범위: 성명 생년월일 학교(전공), 주소, 전화번호(주택, 핸드폰), 이메일

○정보의 이용목적: 경기도약사회 장학금 수혜자 추천 건

개인정보 제공에 동의하십니까?

동의함

동의하지 않음