

# 대구보건대학교 평생교육원 보육실습 수강신청서

실습생 인적사항	성명				사진 (3*4cm) 최근 3개월 이내 촬영본
	주민등록번호	-			
	주소	( ) * 도로명주소			
	E-mail		전화		
		휴대전화			
선수과목 이수현황  (✓체크 표기)  ※ 6개 과목 이상 이수	교사 인성	<input type="checkbox"/> 아동권리와 복지 <input type="checkbox"/> 보육교사(인성)론			
	필수  보육지식 과 기술	선택	<input type="checkbox"/> 보육학개론	<input type="checkbox"/> 보육 과정	<input type="checkbox"/> 아동음악(또는 아동동작, 아동미술)
			<input type="checkbox"/> 놀이지도	<input type="checkbox"/> 언어지도	<input type="checkbox"/> 아동수학지도(또는 아동과학지도)
	<input type="checkbox"/> 영유아 발달	<input type="checkbox"/> 영유아 교수방법론	<input type="checkbox"/> 아동안전관리(또는 아동생활지도)		
	보육 실무	<input type="checkbox"/> 아동관찰 및 행동연구			

\* 첨부 - 선수과목 이수확인서 또는 성적확인서.

## [ 현장실습 교육과정 확인 동의서 ]

- ▶ 자격요건 : 선수과목 이수내역에 대해 허위사실이나 오류가 없음을 확인합니다.
- ▶ 현장실습 : 신청인이 선정한 실습처는 영유아보육법 시행규칙에 의거한 기관이고, 실습지도자는 법령이 정하는 자격요건을 갖추었음을 확인하였습니다.
- ▶ 출석기준 : 전체 수업 중 80%이상(4회 이상 출석) 출석해야 수업이수가 가능함을 확인하였습니다.

위 내용을 모두 확인하였으며, 이에 따른 불이익은 수강생 본인이 책임짐을 동의합니다.

동의함       동의하지 않음

2020년 월 일

신청인 : (서명)

 대구보건대학교 평생교육원장 귀하

# 보육실습 동의서[실습기관 확인용]

## 실습생 정보

성명				
보육실습 기 간	1	2020. . . ~ 2020. . .	※ 6주, 240시간 (1일 8시간)	
	2	2020. . . ~ 2020. . .		
주 소 (도로명주소)	(우: )			
연락처		이 메 일		

## 보육실습처 정보

보육실습 기 관 명	(정원 : 명)	기관종류 (해당사항 선택)	1. 국공립, 법인, 직장( )
보육실습기관 원 장 명			2. 민간(평가인증기관 확인)( )
기관주소	(우: )		3. 가정(평가인증기관 확인)( )
기관연락처		팩스	
보육실습 지도교사	성명 :	자격종류	보육교사 1급 ( ) 유치원정교사 1급 ( )

### ※ 확인사항

- 선수과목 미 이수에 따른 자격증 신청 시 자격기준 상실에 대한 책임은 실습생 본인에게 있음
- 실습기관은 법적으로 인가받은 보육시설(정원 15인 이상) 또는 종일제 유치원에 해당함
- 보육실습동의서 제출 후 임의로 기관을 변경할 수 없음

위와 같이 본 기관에서 보육실습을 수행함에 동의합니다.

2020년 월 일

신청자 \_\_\_\_\_ (인)

실습기관명 \_\_\_\_\_ (직인)

※ 시설 직인이 없을 시 무효처리



대구보건대학교 평생교육원장 귀하

# 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 [보육실습]

대구보건대학교 부설 평생교육원에서는 학점은행제 과정 전반에 대한 사항과 학점인정 및 학위수여 등과 관련하여 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용·제3자 제공을 하고자 합니다. 다음의 사항에 대해 충분히 읽어보신 후, 동의 여부를 체크, 서명하여 주시기 바랍니다.

## ▶ 개인정보 수집 및 이용 동의 [고유식별정보]

[ "필수" ]

수집·이용하려는 개인정보의 항목	개인정보의 수집·이용 목적	개인정보 이용기간 및 보유기간
주민등록번호(외국인 등록번호)	본인식별절차, 제증명서 발급, 사전보고, 성적보고, 면허(자격)증 발급	학위취득 및 자격발급시까지 활용, 영구보관

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 학점인정 신청에 반드시 필요한 사항으로 거부하실 경우 학점인정 신청이 불가능함을 알려드립니다.

동의함

동의하지 않음

## ▶ 개인정보 수집 및 이용 동의

[ "필수" ]

수집·이용하려는 개인정보의 항목	개인정보의 수집·이용 목적	개인정보 이용기간 및 보유기간
사진, 성명	본인식별절차에 이용	
연락처	공지사항, 서비스 정보의 제공	
주소	관련자료 발송 등	학위취득 및 자격발급시까지 활용, 영구보관
응시자격 확인을 위한 사항(출신학교, 학과, 졸업(예정)일 등, 수습기관 등)	자격 확인	

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 학점인정 신청에 반드시 필요한 사항으로 거부하실 경우 학점인정 신청이 불가능함을 알려드립니다.

동의함

동의하지 않음

## ▶ 개인정보 수집 및 이용 동의

[ "선택" ]

수집·이용하려는 개인정보의 항목	개인정보의 수집·이용 목적	개인정보 이용기간 및 보유기간
아이디, 비밀번호	본인식별절차에 이용	수강생 아이디 부여 및 비밀번호 관리,
이메일주소	공지사항, 서비스 정보의 제공	성적열람 및 성적이의 신청, 영구보관

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

동의함

동의하지 않음

## ▶ 개인정보의 제3자 제공 동의 [고유식별정보]

[ "필수" ]

개인정보를 제공받는 자	제공하는 개인정보의 항목	개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용목적	개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용기간 및 보유기간
국가평생교육진흥원	주민등록번호 (외국인 등록번호)	학점인정 및 학위수여 업무	학위취득 및 자격발급시까지 활용, 영구보관
교육부	연락처	학점인정 및 학위수여 업무	상동
관련 협회 및 사무국	주소	면허(자격) 발급	상동
보훈청 및 관련 기관		장학관련 업무	상동

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 학점인정 신청에 반드시 필요한 사항으로 거부하실 경우 학점인정 신청이 불가능함을 알려드립니다.

동의함

동의하지 않음

본인은 본 “개인정보의 수집·이용·제3자 제공 동의서” 내용을 읽고 명확히 이해하였으며, 이에 동의합니다.

2020. . .

성명 :

(서명)

 대구보건대학교 평생교육원장 귀하