

별첨 1

참가신청서

1

참가기관 정보

기관명	국문	의료기관개설신고증 또는 사업자등록증 상 명시된 정확한 기관명 기입		주요진료 분야	국문	* 기관별 특화된 치료기술 명	
	영문				영문	(예 : 한방 피부재생, 근골격계 질환, 한방 탈모치료 등)	
기관 정보	유치사업 등록번호 (유효기간)						
	주 소						
	참가자 정보 ①	직위	예) 원장 또는 부원장 * 의료진 참가 필수	성 명	한글		
		연락처	mobile: 참석자①은 공지사항 연락 수신자 기입 요망 e-mail :				
	참가자 정보 ②	직위	예) 영어 코디네이터 * 영어 가능 상담 인력 참가 필수	성 명	한글		
		연락처	mobile: e-mail :				
	<div>위와 같이 「2018 한의약 UAE 홍보회」 행사에 참가 신청합니다.</div> <div> <div>2018년</div> <div>월</div> <div>일</div> </div> <div> <div>신청기관</div> <div>(인)</div> </div> <div>한국보건산업진흥원장 귀하</div>						

2

참가기관 소개

기관 소개	외국인환자유치 사업 주요 활동, 치료 프로그램 등
홍보 · 마케팅 현황	외국인환자 유치를 위한 홍보 · 마케팅 현황
인프라 현황 (병원)	

* 총 1페이지가 넘지 않도록 간략히 주요 내용만 작성

별첨 2**개인정보 수집·이용·제공 동의서**

한국보건산업진흥원은 「개인정보보호법」 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제24조제1항제1호 따라 아래와 같이 개인정보의 수집·이용 및 제3자 제공에 관하여 귀하의 동의를 얻고자 합니다.

1. 수집 이용에 관한 사항☐ 수집·이용 목적

- '2018 한의약 UAE 홍보회' 행사 참가 신청을 위한 정보 수집

☐ 수집·이용할 항목

- 필수정보

구분	개인정보 항목
의료기관용	소속 및 지위, 성명, 전화번호, 이메일, 유치등록 번호

☐ 보유 및 이용기간 : 3개월☐ 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익

- 위 개인정보의 수집·이용에 관한 동의는 본 사업평가 진행을 위해 필수적이므로 이에 동의하셔야 이후 절차를 진행할 수 있습니다. 위 항목의 수집·이용에 관한 동의는 거부하실 수 있으며, 다만 동의하지 않으시는 경우 본 행사에 참여할 수 없음을 알려드립니다.

☐ 위와 같이 귀하의 개인(신용)정보를 수집·이용하는 것에 동의하십니까?

구분	항목	동의 여부
의료기관용	소속 및 지위, 성명, 전화번호, 이메일, 유치등록 번호	<input type="checkbox"/> 동의 함 <input type="checkbox"/> 동의 하지 않음

2018 년 월 일

성 명 : 서 명 또는 인