부록 4-1. 임상시험등 종사자 교육과정 신청서

**임상시험등 종사자 교육과정 신청서**

개인정보

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **이름**  |  | **생년월일** |  |
| **소속**  |  | **부서**  |  |
| **소속기관 주소****(도로명 주소)** |  |
| **연락처(휴대폰)** |  | **이메일** |  |
| **임상시험 경력** **(이력서 첨부 가능)** |  |
| **영수증 발행**  | * 일반 영수증
 | * 영수용 계산서(소속기관 사업자 등록증 첨부 필수)
 |

임상시험등 종사자 교육과정 정보

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **종사자 구분** | □ 임상시험 시험책임자 □ 임상시험 시험담당자  | □ IRB위원 (□ 의사 / □ 그 외) □ 임상시험 업무 담당자  |
| **교육과정 구분** | □ 심화  | □ 보수 |
| **교육과정명** | 제1회 한림대학교의료원 중앙임상의학연구소 심포지엄 & 임상시험 종사자 교육(심화/보수 공통) |
| **교육일정** | 2019년 3월 22일 |
| **교육장소** | 한림대학교성심병원 본관 4층 한마음홀  |

본인은 임상시험등 종사자 교육과정을 위와 같이 신청합니다.

신청일: 20 년 월 일

신청자: (서명)

**한림대학교성심병원장 귀하**

**임상시험등 종사자 교육과정 신청에 따른 개인정보수집, 이용, 제공 동의서**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ⅰ. 개인정보 수집 필수항목**  | 1. **수집목적: 임상시험등 종사자 교육운영에 필요한 신청자 최소한의 개인정보 수집**
2. **수집항목:**

**■필수항목:** 이름, 생년월일, 소속기관/부서, 연락처(휴대폰 번호, 이메일), 임상시험 경력 □선택항목: 없음1. **보유 이용 기간:** 동의 취득 당해년도 종료일로부터 2년이며, 이후에는

정보를 지체없이 파기합니다. 1. **거부권 및 불이익:** 개인정보 수집, 이용 및 제공에 대해 거부하거나 동의하신 내용을 언제든지 철회하실 수 있으며, 이에 따라 교육신청 제한 및 교육운영에 대한 안내 등의 제한과 같은 불이익이 있을 수 있습니다. (단, 상기내용의 서비스 제공을 받지 못하여 발생한 불이익은 정보주체인 본인에게 책임이 있습니다.)

**동의함 □ 동의하지 않음 □** |
| **Ⅲ. 민감정보** | 1. **수집목적:** 임상시험등 종사자 교육운영에 필요한 신청자 최소한의 개인정보 수집
2. **수집항목:** 소속기관/부서, 주소, 연락처(휴대폰 번호, 이메일), 임상시험 경력
3. **보유기간:** 동의 취득 당해년도 종료일로부터 2년이며, 이후에는 정보를 지체없이 파기합니다.
4. **거부권 및 불이익:** 개인정보 수집, 이용 및 제공에 대해 거부하거나 동의하신 내용을 언제든지 철회하실 수 있으며, 이에 따라 교육신청 제한 및 교육 운영에 대한 안내 등의 제한과 같은 불이익이 있을 수 있습니다. (단, 상기내용의 서비스 제공을 받지 못하여 발생한 불이익은 정보주체인 본인이게 책임이 있습니다.)

**동의함 □ 동의하지 않음 □** |
| **개인정보 수집, 이용, 제공동의서 작성 후에도 개인정보보호법 및 기타법령 등의 관련규정에 의하여 특별히 규정된 경우를 제외하고는 동의자가 원하는 경우에는 동의여부를 언제든지 변경 또는 철회 할 수 있음을 알려드립니다.**  |
| **개인정보보호법 및 기타법령 등의 관련규정에 의하여 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.** **이름: (서명)****동의일: 년 월 일** **한림대학교성심병원장 귀하** |