

입 사 지 원 서



사 진 (3 * 4)	수험번호		지원부분		채용구분	신입·경력
	성명			종교		
	생년월일	만()세		E-mail		
	현주소					
	연락처	전화		휴대전화		

학 력 사 항			
고등학교	년 월 (입학)	년 월 (졸업)	소재지:
	년 월 (입학·편입)	년 월 (졸업·예정)	학 과:
	년 월	년 월	

경 력 · 활 동 사 항			
근무처	근무기간	직위	담당업무

기 타 사 항	
영어	상·중·하
TOEIC	점
외국어	상·중·하
취미	
특기	

자 격 면 허 및 상 별 사 항			
종류	면허번호	취득일	발행처

보훈대상 및 장애	
보훈	유·무
장애	유·무
국가유공자 보훈번호	
-	

가 족 사 항			
관계	성명	생년월일	동거여부
			Y · N
			Y · N
			Y · N
			Y · N

병 역 사 항	
군별	
복무처	
근무기간	
면제여부	
면제사유	

위의 기재사항은 사실과 틀림없음을 확인합니다.

년 월 일 (인)

정안의료재단 중앙병원

자 기 소 개 서

※ 중앙병원에 지원하게 된 동기를 작성해 주십시오.

※ 본인이 지원한 직무를 잘 수행할 수 있다고 생각하는 이유와 경험을 관련지어 작성해 주십시오.

※ 중앙병원의 비전(홈페이지 참조) 중 한가지를 선택하여 이를 수 있는 방안을 작성해 주십시오.

※ 자신에 있어 직장생활의 의미는 무엇인지 작성해 주십시오.

※ 기타 하고 싶은 의견이 있으시면 작성해 주십시오.

※ 첨부서류

1. 졸업증명서 1매[최종학교]
 2. 성적증명서 1매[최종학교, 석차기재]
 3. 자격증 사본
 4. 경력증명서[해당자에 한함]

작성일 : 년 월 일
 작성자 : (인)

1. 졸업증명서 1매[최종학교] 작성일 : 년 월 일

2. 성적증명서 1매[최종학교, 석차기재]

3. 자격증 사본

작성자 : (인)

개인정보수집 · 이용동의서

의료법인 정안의료재단 중앙병원은 직원채용을 위하여 개인의 고유 식별 정보 및 민감 정보 등 위의 입사 지원과 관련된 개인정보를 수집하며, 입사지원서상에 작성한 개인정보는 본원의 채용을 위한 정보로 활용하고 채용되지 않을 경우 해당 전형 종료 1개월 후 폐기 처리됩니다.

개인정보 제공은 본인이 동의하지 않을 수 있으며, 동의하지 않는 경우 채용 전형에 불이익을 받을 수 있음을 알려드립니다.

개인정보보호법 제15조에 의거하여 위와 같이 개인정보수집 및 이용에 동의합니다.

년 월 일

성명 : (인)