작 성 예 시

구급 약품함 대여 신청서

학과/부서	연극영화학과	성 명	홍 길 동
행 사 명	연극영화학과 MT	참가 인원	대학생 : 98 명 대학원생: 명 직 원: 명 교 원: 2 명 기 타: 명
행사 일시	2017. 3. 8 ~ 3. 10		
행사 장소	우리들 펜션(쌍곡계곡)		
연 락 처 (필 수)	010 - 1234- 5678	반 납 일	2017. 3. 11
불 출 일 (작성금지)	담당자 기재란(작성 금지)	교육이수자	(대여 시 구급함 사용법 교육을 받을 분의 이름을 적어 주세요)
담당 교수 팀 장 서 명 란	① 부서팀장: MT 행사시 학생장학팀 담당자 서명 받기(인,서명) ② 담당교수: MT 외 행사 시 담당교수 서명 받기 (인,서명)		
개인 정보 수집 동의 (필 수)	※ 대여 관련 개인정보 수집 · 동의 1. 개인정보 수집 목적 : 대여 관련 본인 확인용 연락처 필수 수집 2. 수집 개인정보 항목 : 인적정보 - 성명, 학과(부서), 연락처(H.P) 3. 개인정보 보유기간 : 대여 반납일로부터 1년 개인정보의 수집 목적에 동의하십니까? ☑ 동의함 ☐ 동의하지 않음		

위와 같이 구급 약품함 대여를 신청합니다.

※ 유의사항을 꼭 읽어 보시길 바랍니다.

신청일: 2017 년 03 월 02 일

신청인: 홍 길 동 (인,서명)

중원대학교 건강관리센터

서 명

※ 유의사항

1. 최소한 행사 3일 전까지 신청서를 받습니다.(당일 대여 불가)
2. 행사 1일 전 구급함을 대여 합니다. 대여 전 의약품 사용법 교육 필수입니다.
3. 반납 지연 시 반납 지연일로부터 1년간 학과(부서) 대여를 금지합니다.
4. 구급함 분실 및 의약품 분실 등 손해를 끼친 경우 전액을 실비 보상하고 이후 대여를 금지합니다.(실비보상금액: 약 10만원 내외)