† 생명을 존중하는 세계적인 첨단의료 †

가톨릭대학교 의정부성모병원

수신자 수신처 참조
(경유)
제 목 **2022학년도 동계방학 중 사회복지학과 학생실습 요청 회신**

1. 관련근거 : 인사팀-3024(2021.12.07) 2022학년도 동계방학 학생실습 요청에 관한 건

2. 위과 관련하여 요청한 사회복지학과 학생들의 임상실습 요청에 대하여 승인되었기에 실습전 준비해야 하는 사항을 알려드리오니 원활한 실습이 될 수 있도록 협조하여 주시기 바랍니다.

가. 실습현황

학교명	학과	인원	실습기간	실습비	비고
덕성여자대학교	사회복지학과	1명	2021.12.27(월)~ 2022.01.28(금)5주	100,000원	
대구대학교	사회복지학과	1명		100,000원	
연세대학교	사회복지학과	1명		100,000원	

나. 실습부서 : 사회사업팀
다. 실습준비사항
1) 코로나19 검사 결과지 : 실습시작 72시간 이내 검사
2) 감염관리교육 실시 : 손위생, 기침예절, 마스크 및 개인보호구 등을 포함
3) 감염상태 및 면역력 문진표 작성(코로나19 자가모니터링 포함)
가. 흉부X-검사 : 1년이내 결과지 첨부, 이상 소견시 실습제한
나. B형 간염항체 음성의 경우 예방접종 시행 후 예방접종 확인서 제출시 실습가능
다. 그외 문진표(별첨2) 작성하여 제출
4) 개인정보 수집이용 동의서 및 보안서약서 작성
5) 서류제출 : 실습부서로 제출
라. 실습비 입금 : 실습전 입금요망
- 입금계좌 : 우리은행 209-202391-13-003 (학)가톨릭학원의정부성모병원
마. 기타사항 : 코로나19 상황에 따라 임상실습에 변동이 발생할 수 있습니다.

별첨 1. 실습 등을 위한 개인정보 수집이용 동의서 1부
2. 감염상태 및 면역력 문진표 1부
3. 보안서약서 1부. 끝.

가톨릭대학교 의정부성모병원장

수신처 덕성여자대학교총장,대구대학교총장,연세대학교 사회복지학과장

당당	정영미	팀장	결재 12/08 박병일

협조자

시행 인사팀-3034 (2021.12.08.) 접수

우 11765 경기도 의정부시 천보로 271 의정부성모병원 / www.cmcujb.or.kr

전화 031-820-3303 FAX 031-820-5320 / 94055161@cmcnu.or.kr / 공개

필요한 순간 언제나 당신곁에

별첨1. 실습 등을 위한 개인정보 수집이용 동의서

가톨릭대학교 의정부성모병원은 현장실습 및 위탁교육생과 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집 · 이용하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

1. 일반 개인정보의 수집 · 이용 동의 (필수)

수집 · 이용 목적	수집.이용 항목	보유기간
실습 등의 운영 및 관리(실습 등을 위한 사전 준비/시행/평가서 작성/역학조사 등)	성명(한글), 생년월일, 전화번호, 핸드폰, 소속학교 또는 기관명	**실습종료 6개월까지**

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 실습 등이 원활히 진행되지 못함을 알려드립니다.

※ 본인의 개인정보를 상기와 같이 수집.활용하는데 동의합니다. ☐ 동의 ☐ 미동의

2. 민감정보의 수집. 이용 동의(필수)

수집 · 이용 목적	수집.이용 항목	보유기간
감염성 질환 여부를 사전에 확인하여 원내 감염 전파 위험을 차단하고 실습 종료 후 발생한 감염성 질환에 대한 역학조사 시 활용	**건강정보(신체검사 결과/감염성 질환의 기왕력/예방접종 내역/*임신 여부 등), 방문력(동거인 및 밀접 접촉인 포함) * 임신여부 항목은 정보 필요시 수집. 이용**	실습종료 6개월까지

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 실습 등이 원활히 진행되지 못함을 알려드립니다.

※ 본인의 개인정보를 상기와 같이 수집.활용하는데 동의합니다. ☐ 동의 ☐ 미동의

20 년 월 일, **성명** _____ **(인 또는 서명)**

별첨2. 감염상태 및 면역력 문진표

성명(한글)	생년월일	<연락처>
소속학교 또는 기관명 :		전화번호 : 핸 드 폰 :

▣ 아래 해당 항목에 빠짐없이 기재하여 주십시오.

코로나 19 자가모니터링 항목			
실습생 본인		동거인 등 밀접 접촉인	
해외 /국내유행지역 방문력	□예 (장소:) □아니오	관계	
		해외 /국내유행지역 방문력	□예 (장소:) □아니오
입국일/방문일	년 월 일 ~ 년 월 일	입국일/방문일	년 월 일 ~ 년 월 일
증상여부 (발열, 기침, 인후통 등 호흡기 증상)	□ 없음 □ 있음( )	증상여부 (발열, 기침, 인후통 등 호흡기 증상)	□ 없음 □ 있음( )

* 방문력 : 실습 시작 14일 이내 해외 방문력, 유행지역을 기입합니다.

* 실습생 본인 또는 동거인 등 밀접접촉인이 위의 두항목 중 하나라도 해당하는 경우 즉시 해당교육기관 및 실습부서에 연락하고 당일 코로나19 검사를 시행하며, 검사결과 확인전까지 실습, 훈련은 제외한다.

항목	검사일	검사결과(1년 이내 결과지 첨부)
흉부방사선	년 월 일	□ 정상소견 □ 이상소견 ( )

* 이상소견시 결핵 의심되지 않는다는 의사소견서 추가 제출, 미제출시 원내실습 제한

질환	I. 과거진단	II. 항체검사결과	III. 예방접종력
A형간염	□예 (년도) □아니오	□양성 □음성 □모름	6~12개월 간격 2회 접종 1차 : 년 월 일 2차 : 년 월 일
B형간염	□예 (년도) □아니오	□양성 □음성 □모름	0, 1, 6개월 간격 3회 접종 1차 : 년 월 일 2차 : 년 월 일 3차 : 년 월 일
홍역	□예 (년도) □아니오	□양성 □음성 □모름	4주 간격 2회 접종(MMR) 1차 : 년 월 일 2차 : 년 월 일
유행성이하선염	□예 (년도) □아니오	□양성 □음성 □모름	
풍진	□예 (년도) □아니오	□양성 □음성 □모름	
수두	□예 (년도) □아니오	□양성 □음성 □모름	4~8주 간격 2회 접종 1차 : 년 월 일 2차 : 년 월 일
파상풍 디프테리아 백일해	-	-	성인이 된 이후(고등학교 졸업 이후) 1회 접종(Tdrap) 1차 : 년 월 일

▣ 상기 언급된 질환은 병원직원에게 강력하게 권장되는 예방접종 대상 질환으로 원내 실습생에게도 동일한 적용이 요구됩니다. 이에 문진결과 해당 질환에 대하여 아래의 3가지 중 1개라도 해당되지 않는 경우에는 실습 전 반드시 예방접종을 받아야 합니다.

I. 과거에 해당 질환을 앓은 자, II. 해당 질환 항체 양성자, III. 해당 질환 예방접종을 받은 자

▣ 해당 문진표는 개인정보 보유.이용 기간에 따라 보관 후 폐기됩니다.

20 년 월 일, **성명** _____ **(인 또는 서명)**

보 안 서 약 서

(인사팀 공통양식)

가톨릭중앙의료원(이하 '의료원') 및 산하병원의 교직원과 파견 및 용역 등 협력업체 직원, 연수생 및 실습생, 수련생 들은 본 서약서가 근무기간뿐 아니라 퇴직 후에도 일정기간 적용될 수 있음을 인식하고 숙독하신 후 서명하여 주시기 바랍니다.

1. 나는 의료원 및 산하병원으로부터 취득한 모든 정보를 업무에 한해 이용하겠다.
2. 나는 의료원 및 산하병원으로부터 제공받은 정보자산(서류, 사진, 전자파일, 저장매체, 전산장비 등)을 무단변조, 복사, 훼손, 분실 등으로부터 안전하게 관리하겠다.
3. 나는 알 필요가 없는 자에게 의료원 및 산하병원의 소유정보를 누설하지 않을 것이며, 업무상 알게 된 고객, 제3자의 소유정보를 누설하지 않겠다.
4. 나는 명백히 허가 받지 않은 정보나 시설에 접근하지 않으며, 관련 업무를 수행할 때만 의료원 및 산하병원의 데이터 처리시설을 사용하고, 이 시설 내 사적인 정보를 보관하지 않겠다.
5. 나는 승인 받지 않은 프로그램, 정보저장 및 처리장치를 의료원 및 산하병원 내에서 사용하지 않겠다.
6. 나는 의료원 및 산하병원 소유의 정보자산을 외부로 발신할 경우 통제절차를 준수할 것이며, 의료원 및 산하병원 통신망을 통해 수발신 되는 전자문서는 정보자산의 보안을 위하여 점검(발신통제)할 수 있음을 알고 있다.
7. 나는 업무와 관련한 문서의 생성, 사용, 폐기 시 정보자산실명제를 준수하겠다.
8. 나에게 할당된 사용자 ID 및 패스워드를 타인과 공동사용 또는 누설하지 않겠다.
9. 나는 의료원 및 산하병원의 보안규정 및 지침, 정책을 준수하겠다.
10. .나는 퇴직 시 의료원 및 산하병원 소유의 모든 정보자산을 반드시 반납하겠다.

상기 사항을 숙지하고 이를 성실히 준수할 것을 동의하며 서약서의 보안사항을 위반하였을 경우에는 의료법 등 관련법령에 의한 민·형사상의 책임 이외에도, 의료원 및 산하병원 내의 관련 규정에 따른 징계조치 등 어떠한 불이익도 감수할 것이며 손해에 대해 지체 없이 변상·복구할 것을 서약합니다.

20 년 월 일

성 명 : (인)

가톨릭대학교 의정부성모병원장 귀하