

서울대학교병원 의학역사문화원 소장자료 이용 신청서

신청인	이름		전화번호	
	메일주소			
이용신청자료	자료 명칭			비고
신청사유	사용 목적	<input type="checkbox"/> 교육 <input type="checkbox"/> 연구 <input type="checkbox"/> 출판 <input type="checkbox"/> 전시 <input type="checkbox"/> 언론 보도 <input type="checkbox"/> 기타()		
	이용 구분	<input type="checkbox"/> 열람 <input type="checkbox"/> 촬영 <input type="checkbox"/> 이미지자료 <input type="checkbox"/> 계재(전시) <input type="checkbox"/> 기타()		
	<p>※ 활용될 출판물(논문 포함), 방송 프로그램, 기타 사용처에 대한 명칭을 정확하게 기재하시기 바랍니다.</p>			
개인정보 수집 및 이용에 대한 안내		<ol style="list-style-type: none"> 1. 수집항목 : 이름, 연락처(전화번호, 메일주소) 2. 수집목적 : 이용자 통계 작성 및 편의 제공 3. 개인정보 보유기간 : 신청인의 개인정보는 수집 및 이용목적이 달성되면 지체 없이 파기합니다. 4. 개인정보 수집동의 거부권리 및 제한 : 신청인은 위와 같은 개인정보 수집, 이용에 동의하지 않을 권리가 있습니다. 단 그럴 경우에는 자료 열람 및 이용이 제한될 수 있습니다. 		
개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까?			<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	
<p style="font-size: 1.2em;">위와 같이 신청합니다.</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;"> 년 월 일 </p> <p style="text-align: center;">신청인 : (서명 또는 날인)</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">서울대학교병원 의학역사문화원장 귀하</p>				