[별지 제4호 서식] 응시원서

응시원서

본인은 **보건복지부 채용시험**에 응시하고자 원서를 제출하며 다음 사항을 서약합니다.

아래 기재사항은 사실과 다름없으며 만일 허위사실이 판명되었을 경우에는 당해 시험의 정지 또는 무효가 되고 관련규정에 따라 응시자격이 정지되어도 이의를 제기하지 않겠습니다.

20 년 월 일 응시자 (서명)

<table>
<tr><td>※응시번호</td><td colspan="2">< 미기재 ></td><td rowspan="2">성명</td><td>(한글)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">응시 직종
(응시분야)</td><td colspan="2" rowspan="2">법률전문위원(변호사)
□ 기간제(육아휴직 대체)</td><td>(한자)</td></tr>
<tr><td>복수국적
해당여부</td><td></td></tr>
<tr><td>생 일</td><td colspan="4">< 심사위원에게 미제공(당사자 확인용으로만 활용) > * 생년은 미기재</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="4">(㉾) < 심사위원에게 미제공(당사자 확인용으로만 활용) ></td></tr>
<tr><td>전자우편</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>전화(자택)</td><td colspan="2"></td><td>휴대전화</td><td></td></tr>
</table>

[별지 제5호 서식] 입사지원서

입사지원서

1. 공통사항			
지원분야	법률전문위원 (□기간제(육아휴직 대체))	응시번호	< 미기재 >
성명	(한글)	(한자)	
가점 사항 여부	법정가점 (" *가점내용 기입* " □ 5%, □ 10%) * 공고문 가점사항 참고		
	사회형평가점 (□ 장애인)		

2. 응시자격사항 (변호사 자격증 필수, 변호사시험 응시자는 취득예정일 기재, 기타 자격증도 기재 가능)

자격증	자격증 종류	자격증 취득(예정)일	자격증번호	자격 검정기관

3. 학력 및 전공 (고등학교 이후 학력 기재, 학교명 미기재, 법학전문대학원 경력 기재)

학력	입학년도	졸업년도	전공	학위

4. 경력

경력	근무기관	근무기간	직 위	담당업무	근무형태
	00기업(00팀)	*00년 00월 00일 ~ 00년 00월 00일*	*대리*		□전일제 □단시간
					□전일제 □단시간
논문, 저술, 상(賞) 등					

※ 반드시 증빙이 가능한 사항만 기록하여 주시기 바랍니다. (증빙불가 시 탈락 처리될 수 있음)

위에 기재한 사항은 사실과 다름이 없음을 확인합니다.

20 년 월 일

성 명 : (인)

[별지 제6호 서식] 자기소개서

자기소개서

성 명	
연락처	핸드폰)
	비상연락처)
e-mail	

(유의사항) 작성 시 학교명, 나이, 출생지, 부모직업 등 개인 신상을 직·간접적으로 파악할 수 있도록 기재할 경우 불이익(감점)을 받을 수 있습니다.

(작성요령 예시) 지원동기, 주요경력 및 특기사항, 생활신조와 가치관, 직무수행 계획 등이 잘 드러나도록 작성

(분량: A4용지 2매 이내, 글씨체: 휴먼명조, 글자크기: 13포인트, 자간: 160%)

0 지원동기 (필수)

0 주요경력 및 특기사항

0 생활신조와 가치관

0 직무에 대한 이해 및 직무수행 계획 (필수)

[별지 제14호 서식] 응시자 개인정보 수집 및 이용동의서 ※반드시 자필 서명 후 제출

[응시자 개인정보 수집•이용 동의서]

보건복지부는 기간제근로자(육아휴직 대체) 신규 채용과 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용하고자 합니다. 내용을 자세히 확인하신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

□ [필수] 개인정보 수집·이용 내역

수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유 및 이용기간
응시번호, 성명, 응시직급, 주소, 생년월일, 휴대전화번호, 전화번호, 자격증정보(자격증명, 취득일, 자격검정기관), 병역사항(군필여부), 경력정보, 전자메일, 학력정보 등	○본인확인 ○신규채용 심사 ○임용시 경력산정 등 보수수준 심사 ○인사・노무관리 ○인사감사 등 채용절차의 사후관리	· 미채용자 : 180일 · 채용자 : 퇴직후 3년까지 *「공공기록물 관리에 관한 법률」 및 관련지침에 따라 채용시험과 관련된 경우 10년, 임용과 관련된 경우 30년

※ 응시자는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 채용 및 선발에 제한이 있을 수 있습니다.

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

□ 동의함 □ 동의하지 않음

□ [필수] 민감정보 수집·이용 내역

수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유 및 이용기간
장애인등록증, 북한이탈주민확인서, 수급자증명서, 취업지원대상자 증명서, 결격사유 및 범죄경력 정보	○본인확인 ○신규채용 심사 ○기타 인사・노무관리	· 미채용자 : 180일 · 채용자 : 퇴직후 3년까지 *「공공기록물 관리에 관한 법률」 및 관련지침에 따라 채용시험과 관련된 경우 10년, 임용과 관련된 경우 30년

※ 응시자는 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 채용 및 선발에 제한이 있을 수 있습니다.

위와 같이 민감정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

□ 동의함 □ 동의하지 않음

□ [필수] 복수국적자, 경력, 자격요건 확인 등을 위한 동의서 효력인정 및 개인정보 제3자 제공 동의서

응시요건, 증빙자료 등에 대한 진위여부를 관련 기관에 조회하여 확인하고 있습니다. 이를 위해 관련 자료 확인서를 발급하며, 「개인정보 보호법」등에 보호되고 있는 각종 개인정보 자료를 동법 제17조 등에 따라 인사담당 업무관계자에게 제공·공개·활용합니다.

제공 항목	제공받는 자	제공 목적	보유 및 이용기간
복수국적 여부 조회에 필요한 사항	관할 출입국·외국인청 (사무소)	근로자 채용 및 관리	정보처리 목적 달성시까지
자격증, 경력 등 응시요건 충족 및 제출서류 진위여부 확인에 필요한 사항	관련 개인정보 보유기관	근로자 채용 및 관리	정보처리 목적 달성시까지

※ 응시자는 위의 개인정보의 제공과 관련하여 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 채용 및 선발에 제한이 있을 수 있습니다.

사본이 원본과 동일하게 유효함에 동의하십니까?

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

확인서 발급에 동의하십니까?

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

년 월 일

동의자 성명 : (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

[별지 제15호서식] 행정정보 공동이용 사전동의서 ※반드시 자필 서명 후 제출

행정정보 공동이용 사전동의서

1. 이용기관 명칭 : 보건복지부

2. 이용사무(이용목적) : 기간제근로자(육아휴직 대체) 채용심사

3. 공동이용 행정정보(구비서류) : 결격사유 유무 정보

※ 이용기관은 본인이 동의한 위 공동이용 행정정보를 확인하기 위해「개인정보 보호법」 시행령 제19조에 따라 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다.

4. 정보주체(본인) 동의사항

○ 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다.

※ 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 본인이 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.

20 년 월 일

동의자 성 명 : (서명 또는 인)

생년월일 :

전화번호 :

보건복지부장관 귀하

[별지 제16호서식] 공정채용 확인서 ※반드시 자필 서명 후 제출

공 정 채 용 확 인 서

「보건복지부와 그 소속기관 공무직 및 기간제근로자 관리규정」제10조의 2에 따라 기관 종사자의 친인척 채용 등 불공정 채용을 방지하기 위하여 아래와 같은 사항에 대하여 지원자 본인의 확인을 받고자 하오니, 사실 그대로 기재하여 주시기 바랍니다.

확 인 사 항	해당여부	
	있음	없음
1. 본인은 채용과정에서 친인척이나 지인을 통하여 채용을 청탁한 사실이 있습니까?	□	□
2. 본인의 친인척이 보건복지부 혹은 보건복지부 산하 기관에 근무(퇴직 포함)하고 있습니까?	□	□
3. (친인척 관계가 있는 경우) 본인과 ( )촌 이내이며, ( )에 근무(한) (성명:)입니다.	□	□
4. 친인척 관계가 있다면, 해당 직원이 본인의 채용과 관련하여 영향력을 행사하였다고 생각합니까?	□	□

상기 사항은 모두 사실이며, **추후 채용비리 사항이 확인되었을 경우 어떠한 이의도 제기하지 않고 합격 취소, 임용 취소 및 면직 처리됨**을 확인합니다. 또한 본 확인서 작성 시에 인지하지 못한 친인척 관계가 추후 밝혀질 경우 **채용비리 해당 여부 조사에 적극 협조할 것이며 조사 결과에 따라 합격 취소, 임용 취소 및 면직 처리될 수 있음**을 확인합니다.

20 . . .

성명: (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하