

2024년도 제38회 보건대상 후보자 추천 안내 공고문

대한보건협회에서는 보건 분야에서 기여한 공이 큰 분에게 보건대상을 시상하고자 하오니 각 추천기관에서는 보건대상 취지에 적합한 분이 선정될 수 있도록 많은 추천을 바랍니다.

2024년 9월 1일
대한보건협회장 전 병 울

가. 후보자 자격요건

- ① 보건 분야에서 이룩한 업적이 탁월하고 기여한 공이 크다고 인정되는 자
- ② 한국 또는 외국에서 동일한 업적으로 다른 상을 수상했던 경력이 있는 경우에는 후보에서 제외

나. 후보자 추천

- 추천기한
 - 2024년 9월 1일(일) ~ 11월 13일(수) 18시까지
 - ※ 우편접수의 경우 접수마감일 도착 분까지 유효
- 추천권자
 - 대한보건협회 지부·지회장 및 회원학회장, 유관 소속기관장 및 해당분야 전문가 등
- 추천방법 및 제출서류
 - (온라인) 이메일 제출 : kpha0125@daum.net
 - (우 편) 소정 양식을 한글 또는 워드프로그램을 사용하여 작성 및 출력하여 아래 주소로 발송
 - ※ 서울 성북구 보문로 121 3층, 대한보건협회 사무처 보건대상 담당자

〈제출서류〉

- [서식 1] 추천서
 - [서식 2] 이력서
 - [서식 3] 공적요약서
 - [서식 4] 개인정보활용동의서
- ※ 위 양식은 대한보건협회 홈페이지 공지사항에서 다운로드 가능

다. 접수처

- 주 소 : 서울 성북구 보문로 121 3층, 대한보건협회 보건대상 심사위원회
- E-mail : kpha0125@daum.net
- 연락처 : Tel. 02-921-9520, 9521

라. 대상자 선정방법

- 보건대상 심사규정(개정 2022. 12. 22)에 의하여 1~2명 선정
- ※ 심사기준 : 보건분야 기여도, 연구실적, 협회 기여도

마. 시상내역

- 상패 및 소정의 범위 내에서 수상자별로 상금 지급

바. 주관 및 후원

- 주관 : 사단법인 대한보건협회
- 후원 : SCL Healthcare Group

사. 기타

- 관련서식 등은 대한보건협회 홈페이지 공지사항에서 내려받을 수 있습니다.
- 대한보건협회 홈페이지 : www.kpha.or.kr
- 기타 자세한 사항은 대한보건협회 사무처(☎ 02-921-9520)로 문의하여 주시기 바랍니다.

[서식 1] 추천서

보건대상 수상후보자 추천서(학술부문, 공로부문)

수 상 후 보 자	성 명	(한글) (한자)	생년월일	
	주 소			
	연 락 처	(직장/주택)	(휴대폰)	
	소 속		직위	

추천사유

<작성예시> 위 사람은 000 분야 000로서 000 분야의 업적이(공로가) 000 하고 000 하며 000 한 분입니다.
보건분야에는 0000 하고 0000 등 업적(공로)가 있습니다.
학술연구 분야에서는 0000 하고 0000 등 실적(업적)이 있습니다.
보건협회에 관하여는 0000 하고 0000 등 기여하였습니다.

위 사람을 2024년도 제38회 보건대상 수상후보자로 포상 추천합니다.

2024 년 월 일

추천인 : 소속 및 직위
성명 (인)

대한보건협회장 귀하

[서식 2] 이력서

이 력 서

(사진)	성 명	(한글)	(한자)
	생년월일		
	연 락 처	(직장/자택)	(휴대폰)
		(e-mail)	
〈주요 학력〉			
〈주요 경력〉			
〈학술, 연구활동〉			
〈수상(受賞) 이력〉			

※A4용지 2페이지를 넘지 않게 작성

개인정보 수집·이용 및 고유식별번호의 처리 동의서

개인정보의 수집·이용 동의	고유식별정보의 처리 동의
<p>귀하의 개인정보의 수집·이용에 대해 동의를 받기 위해 개인정보보호법 제15조제2항에 따라 아래 사항을 알립니다.</p> <p>◇ 개인정보의 수집·이용 목적 - 보건대상 후보자 추천자료(공적조서 심사 및 사실확인 등)로 이용</p> <p>◇ 수집하려는 개인정보의 항목 - 성명, 생년월일, 소속, 학력, 경력, 주소, 연락처, 주민등록번호, 보건분야 주요 활동 사항(공로, 학술, 연구, 협회기여) 등</p> <p>◇ 개인정보의 보유 및 이용기간 - 관련 문서 보존기간까지</p>	<p>귀하의 고유식별정보 처리에 대한 동의를 받기 위해 개인정보보호법 제24조제1항에 따라 아래 사항을 알립니다.</p> <p>◇ 처리하려는 고유식별정보 - 주민등록번호</p> <p>◇ 기타 사항 - 왼쪽 칸 기재 내용과 같음</p>
<p>◇ 동의 거부 권리 및 거부에 따른 불이익 귀하는 개인정보의 수집·이용 및 고유식별정보 처리에 동의하지 않을 수 있으며, 동의하지 않을 경우 보건대상 심사대상에는 포함되지 않습니다.</p>	
<p style="text-align: center;">귀하의 개인정보 수집·이용에 동의하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다.</p> <p style="text-align: center;">2024년 월 일</p> <p>단체(대표자), 개인: (서명)</p>	<p style="text-align: center;">귀하의 고유식별정보 처리에 동의하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다.</p> <p style="text-align: center;">2024년 월 일</p> <p>단체(대표자), 개인: (서명)</p>