# 임산부 모델 신청 및 동의서

이 름:

나 이:

주 소:

출산예정일:  년  월  일

연 락 처:

신청서를 작성해 주시고 카카오톡에서 @포미즈여성병원 친구 추가하신 후
'임산부모델 신청합니다' 라고 말씀하시면 온라인으로 인터뷰가 진행됩니다.

인터뷰 진행 후 심사결과는 개별 통보 드립니다.

## 개인정보 수집 및 활용 동의

| | |
|---|---|
| 개인정보 수집 항목 | - 이름, 나이, 연락처, 주소 등 |
| 개인정보 이용 목적 | - 포미즈여성병원의 홍보모델 활동을 위해 계약기간 동안 본인 확인 절차를 위해 개인정보를 수집하고 이용함 |
| 개인정보 수집 및 이용기간 | - 계약의 종료시까지 |
| 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의 합니다.<br><br>년 월 일<br><br>이름: (인) | |