

2022 제9회 장기려봉사상 청소년체험수기발표대회

(접수기간 : 2022.06.20~2022.08.09.)

<양식1> 참가신청서_개인

성명					사 진
생년월일	년 월 일 (만 세)				
학교(학년,반)	학교 학년 반				
이 메 일					
학교 주소					
집 주소					
전화번호	(집)		(휴대폰)		
보호자 성명		관계		보호자 연락처	
최근 5년 이내의 공익, 자원봉사 관련 활동 혹은 수상실적 (학생회 교내활동 포함 교내상, 교외상) - 봉사관련 실적은 본선 대상자의 경우 체험수기의 진위를 위해 자료를 요구할 수 있음 -					
봉사기간(or 수상일)	활동기관(or 수상명)		봉사활동내용(or 수상내용)		
	(이하 추가하여 기록 가능)				

추천교사	성명		연락처 (휴대폰)	
	소속			
	※추천인은 봉사활동을 증명해 줄 수 있는 교사 혹은 봉사단체의 지도교사로 함			
<p>상기 본인은 『 제9회 장기려봉사상 청소년체험수기발표대회 』에 참가를 희망하며 대회규정을 준수하며 기재된 활동내용이 사실임을 증명합니다.</p> <p>2022년 월 일</p> <p>성명 : (인)</p> <p>추천교사 : (인)</p>				
<p>위 학생을 제9회 장기려봉사상 청소년체험수기발표대회의 수상자 후보로 추천합니다.</p> <p>학교명(추천기관) : 학교장(추천기관장) : (직인)</p> <p>성산장기려기념사업회 블루크로스의료봉사단 귀중</p>				

<양식2> **개인**

※ 봉사활동을 시작하게 된 동기, 봉사활동 내용과 노력, 봉사활동의 결과 및 파급효과, 봉사를 통해 배운 점 등 아래 3가지 항목을 글자 크기 10포인트(띄어쓰기 포함), 줄 간격 160%, 각 항목 1,000자 내외로 작성하여 주시기 바랍니다. 사진 자료나 언론 보도자료, 상장, 정기후원 중인 증빙서류 등을 추가로 첨부할 수 있지만, **양식2의 분량이 10페이지를 초과할 수 없습니다(10페이지 이상은 심사에서 제외).**

※ 양식의 파란색 글자들은 지원서 작성의 참조용으로써 제출할 때는 모두 삭제 바랍니다.

1. [봉사활동의 동기] (1,000자 내외)

봉사활동은 어떻게 시작하게 되었습니까?

문제의식을 갖게 된 계기와 영향을 준 단체나 사람, 하고자 한 일 등

2. [봉사활동 내용과 노력 그리고 결과] (1,000자 내외)

실제 봉사활동의 내용과 노력, 성과와 어려운 점에 대한 솔직하고 구체적인 사례 등

3. [느낀 점 및 앞으로의 계획] (1,000자 내외)

봉사활동으로 생긴 나의 변화와 앞으로의 계획, 주위와 지역사회에 끼친 영향, 진로에 미친 영향 등

<양식3> 개인정보 수집 및 이용 동의서

성산장기려기념사업회 블루크로스의료봉사단에서는 '장기려봉사상 청소년체험수기발표대회'의 진행을 위해 개인정보 수집 및 이용, 기타 자료 사용에 대해 동의를 받고자 하오니 아래 내용을 확인해주시기 바랍니다.

[개인정보 수집 및 이용 동의]

1. 개인정보의 수집 및 이용 목적 : 응모자 구분 및 수상자 선정, 수상실적확인서 및 대회참가확인서의 발급, 대회 시상 물품 및 기념품 발송, 심사 및 수상 관련 연락, 대회 홍보

2. 수집 및 이용할 개인정보 항목

- 응모자 : 성명, 생년월일, 학교명, 학교주소, 집주소, 전화번호, 이메일, 동아리명, 동아리인원, 봉사활동 관련 내역 및 사진, 시스템 접속로그

- 보호자 : 성명, 전화번호

- 추천선생님 : 성명, 소속처명, 전화번호, 이메일, 소속처주소

3. 개인정보 보유 및 이용 기간

- 응모자(수상자제외), 보호자, 추천 선생님 개인정보 : 3년 보유

- 수상자 개인정보: 대회종료 5년 경과 시 성명, 연락처, 주소, 생년월일, 학교명, 활동사례 및 사진, 수상 내역 등 자료를 제외한 자료는 파기하고 최소한으로 보관하되, 개인정보 주체자가 개인정보 파기를 요청할 경우 파기할 수 있습니다. 응모자는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 동의하지 않을 경우에는 관련 응모에 제한이 있을 수 있음을 알려드립니다. 상기 내용에 동의하는 경우 동의란에 표시하여 주시기 바랍니다.

(만약 응모자가 만14세 미만인 경우 법정대리인이 동의 의사를 표시하여 주시기 바랍니다.)

응모자본인	동의함 <input type="checkbox"/>	동의하지 않음 <input type="checkbox"/>
응모자법정대리인(*만14세미만인 경우에만 해당)	동의함 <input type="checkbox"/>	동의하지 않음 <input type="checkbox"/>
보호자	동의함 <input type="checkbox"/>	동의하지 않음 <input type="checkbox"/>
추천선생님	동의함 <input type="checkbox"/>	동의하지 않음 <input type="checkbox"/>

[기타 자료사용 동의]

제출된 신청서 내용과 사진 및 첨부 자료는 블루크로스의료봉사단의 홍보활동과 본대회의 홍보자료로 사용하는 것에 동의합니다. 응모자는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 동의하지 않을 경우에는 관련 응모에 제한이 있을 수 있음을 알려드립니다.

상기 내용에 동의하는 경우 동의란에 표시하여 주시기 바랍니다.

(만약 응모자가 만14세 미만인 경우 법정대리인이 동의 의사를 표시하여 주시기 바랍니다.)

응모자본인	동의함 <input type="checkbox"/>	동의하지 않음 <input type="checkbox"/>
응모자법정대리인(*만14세미만인 경우에만 해당)	동의함 <input type="checkbox"/>	동의하지 않음 <input type="checkbox"/>

응모신청서에 기재한 활동내용이 사실과 같음을 서약하며, 위 개인정보 수집 및 이용 동의, 기타 자료 사용에 대해 확인하였음을 서명합니다.

응모자본인	서명 _____
응모자법정대리인(*만14세미만인 경우에만 해당)	서명 _____
보호자	서명 _____
추천선생님	서명 _____

<양식4> **지도교사 추천서**

※ 양식4는 필수사항은 아니지만 지도교사상 수여의 조건이 됨.

※ 10포인트 (띄어쓰기 포함), 줄간격 160%, 각 500자~1000자 내외 자유 형식

2022년 월 일
지도교사 : (인)