| 접수번호: 2026-<br>※해당 칸은 작성 금지 |
|---|

# 2026년 “찾아가는 감염병 두드림 교실” (외국인 유학생) 사업 참여 신청서

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **기관명** | | | **성명(대표자)** | |
| **성명(담당자) / 직위** | | | **이메일** | |
| **기관 전화번호** | | | **팩스** | |
| **기관 주소** | | | | |
| **기 관 현 황** | **재학생 수** | ( ) 명 | **외국인 유학생 수** | ☐ 학부생 ( ) 명<br>☐ 대학원생 ( ) 명<br>☐ 어학연수생 ( ) 명 |
| **외국인 유학생 국적** | ※ 가장 많은 국적 순으로 기재 부탁드립니다.<br>1순위 _____ 2순위 _____ 3순위 _____ | | | |
| **희망 교육내용 (중복 선택 가능)** | ☐ 호흡기 감염병 (결핵, 인플루엔자 등)<br>☐ 국내·외 유행 감염병<br>☐ 감염병 예방수칙 (손 씻기, 기침 예절 등)<br>☐ 기타(_____) | | ☐ 감염병 발생 시 대처 방안<br>☐ 성매개 감염병 (HIV/AIDS, 매독 등)<br>☐ 외국인 관련 예방 접종 | |
| **희망 교육 방법** | ☐ 방문교육 (장소: 해당 대학교 방문) | | ☐ 집체교육 (장소: 충남대학교 의과대학 방문) | |
| **희망 교육 일정** | ☐ 연 1회 (*예: ( ) 월 ( 주)*)<br>☐ 연 2회 (*예: ( ) 월 ( 주)*)<br>☐ 분기별 (*예: ( ) 월 ( 주)*) | | **예상 교육 인원** | 총 ( )명 |

위와 같이 “찾아가는 감염병 두드림 교실” (외국인 유학생) 사업 참여를 신청합니다.

※ 본인은 대전광역시 감염병관리지원단에서 진행하는 교육을 위해 「개인정보 보호법」 제15조 제1항에 따라 개인정보를 수집·이용·제공하는 것에 동의합니다.

2026년 월 일

신청기관 (직인)

신청인 (인)

대전광역시 감염병관리지원단
DAEJEON CENTER FOR INFECTIOUS DISEASES CONTROL