# 추 천 서

■ 추천대상자

| 지원 학과명 | 과 | 성 명 | | 생년월일 | . . . |
|---|---|---|---|---|---|

■ 추천사유

| 추 천 사 유 | 해당사항에 ○표 |
|---|---|
| 지원자 본인 추천(자기추천)-해당학과 분야에 뛰어난 자질이나 재능을 보유하였다고 자신을 추천 | |
| 연계교육 이수자로 담임교사 또는 학교장 추천 | |
| 출신학교장, 담임교사, 동문회장 중 1인의 추천을 받은 자 | |
| 소년, 소녀가장으로 기초단체장 추천자 및 관공기관장 추천자 | |
| 고교재학 중 걸/보이스카웃, RCY, 청소년연맹 등에서 1년 이상 활동자로 해당기관장 추천을 받은 자 | |
| 고교재학 시 관련동아리 가입자 중 지도교사 추천을 받은 자 | |
| 지망학과 관련업체장의 추천을 받은 자 | |

위 학생을 경북보건대학교 특별전형(대학자체기준) 추천자 기준 지원자로 추천합니다.

20 년 월 일

추천인 소속 단체 또는 기관명 :

직위 : 성명 : (인)

**[개인정보 수집 및 이용에 대한 동의]**

수집된 개인정보는 대입 입학 전형 이외의 다른 목적에는 절대 사용되지 않습니다.

1. 수집하는 개인정보 - 필수 항목 : 추천인 이름, 추천인소속, 단체, 기관명, 추천인 직위 등
2. 개인정보의 수집·이용 목적 : 대입 입학 전형
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간 : 개인정보 보유기간의 경과, 처리목적 달성 등 개인정보가 불필요하게 되었을 때에는 지체 없이 해당 개인정보를 파기합니다.

**개인정보의 수집 및 이용에 동의하십니까?** [ ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음 ]

* 개인정보의 수집 및 이용에 대해 거부할 권리가 있으며, 이를 거부할 경우 추천서를 접수할 수 없습니다.

경북보건대학교 총장 귀하

※ 추천대상 요건 및 추천자 특별전형(대학자체기준) 추천자 : 지원자 본인 추천, 연계교육 이수자 : 담임교사 또는 학교장 추천, 그 외 추천해당자 : 단체장 등 추천