(코로나19) 관련 자가문진표

1. 인적사항 지원분야:_____

성 명	거주지	출생월일	핸드폰 번호	현재 체온
	시,군 동,면			℃

2. 체크리스트

NO	자가진단	비고	O/X
1	최근 2주간 37.5℃ 이상의 발열증상이 있었나요?		
2	최근 2주간 아래 증상이 있었나요? □콧물, 코막힘 □기침 □가래 □인후통 □발열 □근육통 □오한 □호흡곤란	해당사항 체크	
3	최근 1주일간 병원을 방문 한 적이 있었나요? **지역:** **진료분야:**	해당사항 기록	
4	오늘 날자 기준으로 14일 이내 해외 방문한 적이 있었나요? **국가명:** **귀국일:**	해당사항 기록	
5	해외에서 오신 가족이나 지인을 만난적이 있었나요? **국가명:** **접촉일:**	해당사항 기록	
6	가족 또는 만난 지인 중 (코로나19) 관련 병원을 방문한적이 있었나요?	해당사항 기록	
7	확진자가 발생한 집회 또는 모임에 참석한 적이 있었나요?	해당사항 기록	

3. 개인정보 수집·활용 동의서

수집하는 개인정보의 항목	성명, 거주지, 연락처
개인정보의 수집 및 이용목적	코로나19 의심환자 파악을 위해 사용
개인정보의 보유 및 이용기간	수집한 날로부터 1개월
개인정보 제공 등의 거부 권리 및 동의 거부에 대한 제한 사항	채용시험 응시자의 안전을 위한 최소한의 정보에 해당, 본인이 동의하지 않을 시 시험응시에 제한이 따를 수 있음을 알려드립니다.

개인정보보호법 등 관련 법규에 의거 상기 본인은 위 사항에 대하여 충분히 인지하였으며 이와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의합니다.

년 월 일

본인서명: (인)