

---

## 2022학년도 지스트대학 합격자 건강진단서 제출 안내

---

지스트대학 예비신입생 여러분들께,

지스트대학은 Residential College로 운영되고 있어, 재학생들이 기숙사에서 단체로 생활하게 됩니다.

이에, 단체생활에 필요한 사전 점검을 위하여 아래와 같이 건강진단서를 제출하여 주시기 바랍니다.

### □ 건강진단서 인정 범위

#### - 보건소급 이상에서 발급한 일반 신체검사서(건강진단서)

: 공무원 또는 일반채용신체검사서(결핵 및 B형 간염 검사 포함)로 제출

※ 종합병원 또는 검진전문기관에서 검사 가능(방문 전 전화로 확인), 코로나19 감염증 대응으로 보건소 검진 불가

#### - B형간염 항원항체검사결과 예방접종대상자(항원 음성, 항체 음성)는 B형 간염예방접종을 실시하고 확인서 제출(건강진단서와 함께 업로드)

※ 1차 접종 후 제출가능, 2차와 3차는 접종일을 준수하여 접종하여야 함

#### - B형간염 보균자(항원 양성, 항체 음성)는 간기능검사에 이상이 있는 경우 활동성검사를 실시하고 의사소견서를 첨부(건강진단서와 함께 업로드)

### □ 비고

#### - **홍역(MMR)비접종자는 접종 후 기숙사 입소 필수**

□ 검진 관련 문의처: 지스트 입학팀(062-715-2950)  
지스트 안전팀(062-715-2107)

[붙임. 민감정보 수집 및 활용 동의서]

## 개인정보(민감정보) 수집 및 활용 동의서

「개인정보보호법」 등 관련 법률에 의거하여 지스트는 귀하의 개인정보(민감정보) 수집 및 활용에 대해 본 동의서를 받고 있습니다.

정보 제공자가 동의한 내용 외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공한 개인정보(민감정보)의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 정정, 삭제를 요구할 수 있습니다.

- 목 적: 2022학년도 지스트대학 입학생 기숙사 입소를 위한 건강 검진 확인
- 수집항목: 수험번호, 성명, 건강검진서(건강정보(민감정보))
- 보유·이용기간: 위 개인정보는 수집 및 이용 목적 달성 시 폐기됩니다.
- 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 이익: 위 민감정보 처리에 대한 동의를 거부하실 수 있습니다. 다만 동의하지 않는 경우 이후 기숙사 입소에 제한을 받을 수 있습니다.
- 수집 및 이용 동의

지스트가 본인의 개인정보를 수집 및 이용하는 것에 동의합니다.

수험번호	성명	서명	민감정보 수집 및 이용 동의
			동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>

동의일:                   년                   월                   일

<건강진단서 샘플A>

# 건강진단서

등록번호

주민등록번호

원부대조필인

성명	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	성별	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	생년월일	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	연령	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
주소	서울특별시 <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>						

**위 사람은 폐결핵, 성병 및 기타 급만성 전염성 질환이 없음을 증명함.**

위의 판단은 진단일 현재의 이학적 검사와 아래에 표시한 검사결과에 근거한 것임

용도	입소용	진단일	2021년 01월 15일			
진단을 위한 검사	흉부 X-선 검사	정상	일반뇨 검사	정상	매독 반응	음성
	일반혈액검사	정상	일반화학검사	정상		
	간염 검사	<input checked="" type="checkbox"/> 항체 있음 <input type="checkbox"/> 항체 없음 <input type="checkbox"/> B형간염보유자의심 <input type="checkbox"/> 판정보류				
기타						

발행일 : 2021년 01월 15일

의료기관 : 종합병원

주소 및 명칭 :

전화 및 FAX :

의사성명 :  (인 )

[참고사항] 이 증명서에는 붉은색 인장은 사용하지 않으며, 용지표면에 연두색의 공단 이미지 마크가 없는 것은 원본이 아님을 유의하여 주시기 바랍니다.

[설명] B형간염 항원 음성, 항체 양성으로 판정

