



## 『부천근로자건강센터』와 함께하는 집중건강관리 신청서

<b>사업장 개요</b>	사업장명		대표자명	
	소재지 (상세하게)			
	업종	사회복지	주요서비스	보육
	근로자수(남/여)		외국인근로자	
<b>사업자 담당자</b>	담당자명		직책	
	전화번호		휴대전화번호	
	F A X		E-mail	
<b>업무시간</b>	<b>문의(직통)</b>	<b>팩스</b>	<b>이메일</b>	
09:00~19:00	(032) 329 - 9161~4	(032) 329 - 9165	bgwhc@naver.com	
※신청방법 : 신청서 작성 후 <b>팩스</b> 혹은 <b>이메일</b> 신청 (확인 후 담당자에게 일정조율을 위한 연락이 갑니다.)				
<b>지원형태 선택</b>	<input type="checkbox"/> 센터 내방(경기 부천시 삼작로 22 부천테크노파크1단지 관리동 301호) <input type="checkbox"/> 방문 지원(○직무심리지원 / ○근골격계지원 ○뇌심혈관지원)			
<b>&lt;개인정보 수집·이용 동의서&gt;</b>				
부천근로자건강센터는 개인정보보호법에 따라 다음과 같이 집중건강관리 신청 담당자의 개인정보를 수집·이용하고자 합니다.				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 수집·이용목적: 근로자 건강관리 안내 및 안전보건자료 제공 등 서비스 제공</li> <li>▶ 수집하려는 개인정보의 항목: 성명, 사무실, 휴대전화번호, 팩스번호, 이메일, 사업장명, 사업장주소 등</li> <li>▶ 정보주체는 개인정보수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 다만 거부할 경우 근로자건강센터 서비스 이용에 제한이 될 수 있습니다.</li> </ul>				
담당자 성명 : _____ (서명)				
본 사업장은 부천근로자건강센터에 무료 건강관리 및 보건관리를 신청합니다.				
2022년      월      일				
사업주 : _____ (직인/서명)				