
「특수 · 전문분야 의대생 실습 사업」 하반기 학생 공모 계획(안)

2023. 10.



1

사업 개요

1. 목적

- 연 1회 모집으로 인해 참여를 놓쳤던 의대생들의 참여 기회 확대 및 필수·공공·지역의료분야에 현장감 있는 임상 실습 기회 제공

2. 내용

- (사업내용) 우수한 실습 인프라를 갖춘 의료 현장에서 수술 참관 등 필수·공공·지역의료분야 실습을 경험
- (운영방식) 동계방학 기간 2주 동안 실습에 참여하고 학생지원금* 및 수료증을 수여

* 학생지원금은 2주 참여 기준 100~150만원으로 실습기관별로 상이하며, 50%초과 불참시 전액 미지급

2

공모 내용

1. 공모대상 및 기간

- (공모명) 「특수·전문분야 의대생 실습 사업」 하반기 참여학생 모집
- (공모대상) 총 31명 ... 4개 분야
 - (분야) 외상, 소아심장, 공공, 신경외과(뇌혈관)
 - (대상) 의과대학 및 의학전문대학원 재학생(휴학생 포함)
- (공모기간) '23.10.12.(수)~10.23.(월) ... 접수마감일 18:00까지 도착분에 한함
- (공모게시) 보건복지부, 공단 홈페이지 공고*

* 보건복지부(www.mohw.go.kr → 알림 → 공지사항)

공단(www.nhis.or.kr → 국민과함께 → 뉴스/소식 → 공지사항)

2. 공모서류 및 방법

- (공모서류) ① 신청서 및 개인정보수집·이용동의서, ② 자기소개서, ③ 재학증명서, ④ 지원내역서

- (공모서류 작성 유의사항)

공모서류	작성 유의사항	제출 형식
① 신청서 및 개인정보수집이용동의서	상·하 2개 서명란에 본인 자필 서명 필수	pdf파일
② 자기소개서	학년 외 학교명, 이름 등 개인을 특정할 수 있는 정보는 작성 불가, 양식(지원동기, 학업계획, 과외활동)에 맞춰서 최대 2페이지 이내로 작성	pdf파일
③ 재학증명서	신청일 기준 3개월 이내 발급된 증명서 (학교에서 바로 발송한 링크는 보안문제로 열람이 되지 않아 인정 불가)	pdf파일
④ 지원내역서	기존 양식에 신청서 내용과 동일하게 기입 (양식 수정 불가)	Excel파일
제출시	4가지 서식을 파일 형식에 맞춰 <u>이메일로 한 번에 제출</u> (다른 파일 형식, 나눠 보내기, 등기 또는 팩스 제출 불가) ex) 메일 제목 예시 ‘○○분야_○○대학교_김○○’	

- (제출방법) 국민건강보험공단 전자우편(clean00B10@nhis.or.kr)

※ 이메일 주소 유의사항 : 00B10(“B”제외 모두 숫자, 영영B일영)

3. 선발 및 결과통보

- (선발방법) 「특수·전문분야 의대생 학생 선발심의위원회」에서 학교 등 모든 개인정보가 블라인드 처리된 공모서류를 평가기준에 따라 심사하여 고득점순으로 선발

구분	심사항목	배점
지원동기	지원동기의 적절성 등	40점
학업계획	향후 학업계획의 구체성 등	40점
과외활동	실습분야와의 연관성 등	20점

- (결과통보) 공단 홈페이지 게시 및 개별 통보

4. 공모 일정 … 공단 사정에 따라 변경될 수 있음

○ (세부일정)

연번	구분	일시	비고
1	학생 공모 홈페이지 공고	10.6.(금)~	공단 홈페이지
2	학생 공모	10.12.(목)~10.23.(월) 18시	전자우편을 통한 접수
3	학생 선발 심의	~10.27.(금)	선발심의위원회 구성 및 평가
4	학생 선발 결과 통보	~10.31.(화)	홈페이지 게시 및 개별 통보
5	실습실시	'23.12월 ~ '24.2월	동계 방학기간

5. 기타 유의사항

- 공모서류 제출 마감 시한은 '23.10.23.(월) 18:00까지이며, 이후 접수 건은 인정 불가
- 신청서의 모든 내용은 객관적으로 입증할 수 있어야하며, 그 내용이 허위로 확인되거나 입증요구에 입증하지 못하는 경우 심사대상에서 제외
- 접수된 서류는 학생 선발 여부와 관계없이 일체 반환하지 않음
- 실습과정의 50%초과 불참 시 학생지원금은 전액 지원하지 않으며, 50% 이하 불참의 경우 불참일수를 일할 계산하여 학생지원금을 차감하여 지급함

6. 문의사항

- 보건의료자원실 의료자원지원부
 - 팀장 김선아 ☎ 033-736-4315
 - 대리 김수정 ☎ 033-736-4316

붙임

학생 참여 신청서

특수·전문분야 의대생 실습 참여 신청서[학생용]

신청자 인적사항	이름		생년월일-성별	000000-2
	학교명		학년	본과 0학년
	휴대전화		이메일	
	주 소	(-)		
지원 내용	실습분야	택 1	<input type="checkbox"/> 외상 / <input type="checkbox"/> 소아심장 <input type="checkbox"/> 공공 / <input type="checkbox"/> 신경외과(뇌혈관)	
		구분	실습기관명	실습차수
	실습기관 및 실습차수	1지망	A병원	1차수
		2지망	B병원	2차수
		3지망	C병원	3차수

본인은 위의 기재사항이 사실과 틀림없음을 확인하며, 「특수·전문분야 의대생 실습 사업」 참여를 신청합니다.

년 월 일

신청인 :

(서명 또는 인)

개인정보 수집·이용 동의서

국민건강보험공단은 「특수·전문분야 의대생 실습 사업」에 참여할 학생 선발 및 사업 운영 등을 위하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

☐ 개인정보 수집·이용 내역

수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유기간
성명, 생년월일, 성별, 학교명, 학년, 휴대전화, 이메일, 주소	「특수·전문분야 의대생 실습 사업」 학생 선발 및 관리	2028.12.31.까지

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 신청자격 검토, 심사가 불가하므로 선발에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의() 미동의()

년 월 일

신청인 :

(서명 또는 인)

<제출서류>

1. 참여신청서 및 개인정보수집이용동의서 1부.(각각 서명날인 후 pdf파일로 제출)
2. 자기소개서 1부.(pdf파일로 제출)
3. 재학증명서 1부.(pdf파일로 제출)
4. 지원내역서 1부.(내용 기재하여 Excel파일로 제출)

특수 · 전문분야 의대생 실습 자기소개서

		학년	본과1학년
지원동기	<p>※ A4 1~2매 분량</p> <p>※ 맑은고딕 11p, 줄간격 160%</p> <p>※ 학교명, 이름 등 개인을 특정할 수 있는 정보 등 작성 금지 (작성시 심사에 불이익이 있을 수 있음)</p>		
학업계획			
과외활동			