

교보생명 다윈(DA-Win)서비스 신청서

| | | | | | | | | | | |
|--------|---------|-----|--|-----|----|--|----|---------|-----|-----|
| 고객사 정보 | 기업(단체)명 | | | 부서명 | | | 업종 | | | |
| | 주소 | | | | | | | 사업자등록번호 | | |
| | 담당자 | 성명 | | | 직위 | | | 연락처 | 사무실 | |
| | | 이메일 | | | | | | | | 휴대폰 |

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|----|------|---|-------------|
| 교육 서비스 신청 | 신청과정명 (□에 체크) | CS품질향상 교육 | <input type="checkbox"/> CS마인드 UP | <input type="checkbox"/> 비즈니스 매너 | <input type="checkbox"/> 이미지메이킹 | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 전화응대 스킬 | <input type="checkbox"/> 불만고객 응대 | <input type="checkbox"/> 커뮤니케이션 스킬 | | | | |
| | | 조직활성화 교육 | <input type="checkbox"/> 셀프 리더십 | <input type="checkbox"/> 갈등 관리 | <input type="checkbox"/> 스트레스 관리 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 행복한 일터 | <input type="checkbox"/> 리더십 | <input type="checkbox"/> 팀워크 향상 | | | | | |
| | 법정의무 교육 | <input type="checkbox"/> 직장 내 성희롱 예방교육 | | | <input type="checkbox"/> 개인정보 보호 교육 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 직장 내 장애인 인식개선 교육 | | | <input type="checkbox"/> 직장 내 괴롭힘 예방교육 | | | | |
| 교육 희망일 | 20 | 년 | 월 | 일 (: ~ :) | 사전방문 희망일 | 20 | 년 | 월 | 일 (: ~ :) |
| 수강대상 | ※ 간호사, 판매직원, CS담당자 등으로 표기 | | | | 수강인원 | 명 | 교육장소 | | |
| 기타요청 및 참고사항 | ※ 교육목적 및 기타 요청사항 등을 간략하게 기재 | | | | | | | | |

| | |
|------------|--|
| B2B 서비스 신청 | <input type="checkbox"/> 비대면 매장·업무관리 서비스 |
|------------|--|

※ 접수하신 B2B 서비스는 담당 FP님을 통해 안내 드릴 예정입니다.

다윈서비스 신청을 위한 동의서

| | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|
| 개인정보 수집·이용 동의 | <p>교보생명보험주식회사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 본 다윈서비스 신청과 관련하여 귀하 및 귀사의 개인(신용)정보를 다음과 같이 수집·이용 및 제3자에게 제공하고자 합니다.</p> <p>본 동의를 거부하시는 경우에는 서비스 제공이 불가능할 수 있습니다.</p> <p>이에 개인정보의 수집·이용 및 제공에 관하여 아래와 같이 고지하오니 충분히 읽어보신 후 동의 여부를 체크하여 주시기 바랍니다.</p> | | | | | | | | |
| | <p>1. 수집·이용에 관한 사항 및 수집·이용 항목(교육 서비스 신청 관련)</p> | | | | | | | | |
| | 수집·이용에 관한 사항 | 수집·이용목적 | 교육 서비스 신청 및 처리사항에 대한 안내, 교육 서비스 유지 관리 및 프로그램 소개 | | | | | | |
| | | 보유 및 이용기간 | 교육 서비스 제공 완료일로부터 5년까지 보유·이용 | | | | | | |
| 수집·이용 항목 | 개인(신용)정보 - 일반개인정보 | 성명, 연락처(사무실, 핸드폰), 이메일, 직위 | | 위 개인(신용)정보 수집·이용에 동의하십니까? | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 | | | | | |
| <p>2. 제3자 정보제공에 관한 사항(B2B 서비스를 신청하는 고객사에 한함)</p> | | | | | | | | | |
| 제공에 관한 사항 | 제공받는 자 | (주)하이어엑스 | | | | | | | |
| | 제공받는 자의 이용목적 | (주)하이어엑스의 비대면 매장·업무관리 서비스 소개 | | | | | | | |
| | 보유 및 이용기간 | (주)하이어엑스 제공 후 5년 | | | | | | | |
| 제공 항목 | 개인(신용)정보 - 일반개인정보 | 성명, 연락처(사무실, 핸드폰), 이메일 | | 위 개인(신용)정보 제공에 동의하십니까? | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 | | | | | |

신청일 년 월 일 동의자 서명(인)

| | | | | |
|-----|------|-------|------------|-----|
| 접수자 | 소속기관 | 지점(팀) | 컨설턴트 / 사원명 | 휴대폰 |
|-----|------|-------|------------|-----|

※ 고객사를 담당하는 컨설턴트(FP)의 정보를 기재하는 곳입니다.(신청서는 이미지 스캔 후 즉시파기)