한국보건복지인재원 개인정보파일별 개인정보 항목

<기준일: 2026. 9. 15.>

연번	개인정보파일명		개인정보 항목
1	회원정보	공무원	[필수] 회원유형, 성명, ID, 비밀번호, 생년월일, 성별, 휴대폰 번호, 내/외국인, 국적, 이메일, 기관구분, 기관명, 부서, 직급, 직렬, 지역, 중복가입확인정보(DI) [선택] 사무실 전화번호, SMS/메일링 수신, 직위(직책), 관심분야
		공무직	[필수] 회원유형, 성명, ID, 비밀번호, 생년월일, 성별, 휴대폰 번호, 내/외국인, 국적, 이메일, 기관구분, 기관명, 부서, 직급, 직렬, 지역, 중복가입확인정보(DI) [선택] 사무실 전화번호, SMS/메일링 수신, 직위(직책), 관심분야
		민간	[필수] (기본정보) 회원유형, 성명, ID, 비밀번호, 생년월일, 성별, 휴대폰번호, 내/외국인, 국적, 이메일, 기관명(기업명), 부서, 지역, 주소, 재직여부, 컨소시엄협약여부, 중복가입확인정보(DI) (컨소시엄협약기업 고용보험 납부재직자 추가정보) 근무형태, 협약기업명, 고용보험 관리번호 [선택] (기본정보) 직위(직책), 전화번호, SMS/메일링 수신, 관심분야 (컨소시엄협약기업 고용보험 납부재직자 추가정보) 분야, 직군, 직무, 기업형태
		기업	[필수] 기업명, 기업유형, 사업자등록번호(ID), 대표자, 비밀번호, 담당자 성명, 사무실 전화번호, 담당자 휴대전화 번호, 담당자 이메일 주소, 주소 (컨소시엄 협약기업 추가정보) 기업형태, 업종, 분야, 대표전화번호, 고용보험관리번호, 회사직인, 기업규모 [선택] (컨소시엄 협약기업 추가정보) 회사소개, 홈페이지 주소, FAX
		콘텐츠/ 교재 제작업체	[필수] 회원유형, 기업명, ID(사업자등록번호), 대표자, 비밀번호, 담당자 성명, 담당자 사무실번호, 담당자 휴대폰번호, 담당자 이메일, 주소
2	바이오헬스넷 Job매칭을 위한 인재정보		[선택] (기본정보) 휴대폰번호, 이메일, 주소, 희망직종, 희망직종 세부, 우편번호, 상세주소 (학력정보) 학력구분, 학교명, 입학년월, 졸업년월, 전공 (인턴·경력정보) 분야, 상세분야, 근무형태, 직군, 직무, 회사명, 부서, 직책, 재직여부 (강사·튜터 활동정보) 활동구분, 활동기관명, 시작년월, 종료년월, 활동내용

연번	개인정보파일명		개인정보 항목
			(대외활동정보) 활동구분, 활동기관명, 시작년월, 종료년월, 활동내용, (면허·자격·인증정보(보건의료 관련 면허 자격증·인증서) 명칭, 발행처, 취득일 (수상정보) 명칭, 발행처, 취득일, 수상내용, (어학정보) 구분, 언어명, 회화능력, 기타시험, 점수, 등급, 취득일, 회화능력 (교육이수정보) 교육명, 교육기관명, 시작년월, 종료년월, 교육내용 (자기소개서) 자기소개서 내용
3	사회복무요원 수강생 정보		[필수] (교육생 정보) 은행명, 계좌번호, 휴대전화번호, 사회복무요원 이메일, 관리자 이메일 (근무기관정보) 근무기관명, 근무기관 주소, 근무기관 전화번호 [선택] (근무기관 정보) 근무기관 팩스번호
4	수강생 정보	일반과정 집합교육	[필수] 회원유형, 성명, ID, 휴대폰 번호, 내/외국인, 국적, 이메일, 기관명(기업명), 부서, 근무지역, 비대면 교육 보안서약 [선텍] 사무실 전화번호, SMS/이메일 수신, 직위(직책), 근무년월, 주소, 숙박신청 여부
		일반과정 사이버 교육	[필수] 회원유형, 성명, ID, 휴대폰 번호, 내/외국인, 국적, 이메일, 기관명(기업명), 부서, 근무지역, 교육생 구분 [선택] 사무실 전화번호, 직책, 주소, SMS/이메일 수신
		컨소시엄 교육	[필수] (신청자 정보) 회원유형, 성명, 아이디, 휴대폰 번호, 내/외국인, 국적, 재직여부, 컨소시엄협약여부, 이메일 (컨소시엄 재직자 정보) 기업명, 부서, 지역, 주소, 주민등록번호 [선택] 사무실 전화번호, 직책, SMS/이메일 수신 여부, 직군, 직무
		통합건강증진 ASP 교육	[필수] 회원유형, 성명, ID, 내/외국인, 국적, 휴대폰 번호, 이메일, 기관명(기업명), 부서, 근무지역, 보건소코드 [선택] 사무실 전화번호, SMS/이메일 수신, 직위(직책), 주소
		의료AI 보건의료인 직무교육	[필수] 회원유형, 성명, ID, 휴대폰 번호, 내/외국인, 국적, 이메일, 기관명(기업명), 부서, 직위(직책), 근무지역 [선택] 사무실 전화번호, 주소, SMS/이메일 수신여부, 직군
5	전문가 정보		[필수] (기본정보) 성명, ID, 주소, 이메일, 휴대전화번호, 생년월일, 외국인 여부 (강사정보) 소속기관, 소속기관 권역, 부서, 직급, 직위, 교육분류, 강의분야, 청탁금지법 대상여부, 강사부문, 강사비지급여부, 담당자(KOHI 직원), 사무실전화번호, 근무지주소 (입금정보) 구분, 소득구분, 은행명, 계좌번호, 외부강의대가기준여부, 외부강의대가근거자료, 주민등록번호,

연번	개인정보파일명		개인정보 항목
			[선택] (학력정보) 기간, 학교, 전공, 학위 (주요경력) 기간, 기관명, 주요업무 (강의경력) 기간, 교육기관, 강의명 (연구실적) 연구실적, 증빙서류
6	아동안전 수강생 정보	아동안전 ASP 아동교육	[필수] 회원유형, 성명, 아이디, 국적, 휴대폰 번호, 내/외국인, 이메일, 기관명(기업명), 부서, 근무지역 [선택] 사무실 전화번호, SMS/이메일 수신, 직위(직책), 주소
		아동안전 ASP 종사자 및 보호자	[필수] (신청자 및 신청기관) 신청자명, 소속기관정보, 주소, 전화번호, 이메일, 지역정보 (수강생) 성명, 회원ID, 성별, 기관명, 부서명, 이메일, 휴대전화번호 [선택] 담당자명, 담당자 직위, 담당자 휴대전화번호, 팩스번호
7	요양보호사 보수교육 수강생 정보		[필수] 회원유형, 성명, ID, 휴대폰 번호, 내/외국인, 국적, 이메일, 기관명(기업명), 부서, 근무지역, 주민등록번호 또는 외국인번호, 자격번호, 비대면 교육 보안서약 [선택] 사무실 전화번호, SMS/이메일 수신, 직위(직책), 근무년월, 주소
8	의료통역능력검정시험 응시자정보		[필수] 차수정보, 회원ID, 응시번호, 한글 성명, 영문 성명, 응시언어, 생년월일, 성별, 일반전화번호, 내/외국인 구분, 국적, 휴대폰번호, 이메일, 주소, 증명사진 [선택] 결제정보, 취소정보, 환불정보(취소 환불시: 신용카드 정보 등), 응시결과점수, 합격여부, 합격일자, 인증번호, 부정행위 정보
9	개인거래처		[필수] 성명, 집주소, 주민등록번호, 계좌정보, 내/외국인 정보, 소속기관, 소속부서, 거주자구분, 거주자국가 [선택] 직위, E-Mail, 전화번호, 팩스번호, 핸드폰, 직장주소
10	임직원 인사정보		[필수] 성명, 생년월일, 집주소, 핸드폰(연락처), 이메일주소, 직장연락처, 주민등록번호, 성별, 성별, 계좌정보, 장애여부, 병역사항, 가족사항, 학력사항, 경력사항, 자격사항, 포상내역, 공모전 수상내역, 징계사항, 발령사항, 직무사항, 교육사항, 국외출장이력, 근무평정, 사회봉사이력, 퇴직연금 정보 [선택] 집전화번호, 체중, 혈액형, 생활근거지, 출생지역, 종교, 취미, 특기, 국적, 개인이메일