

2021 이종욱펠로우십 프로그램

# 2021 이종욱펠로우십 프로그램

KOFIH 글로벌 보건의료인력 교육훈련 프로그램



# 2021 이종욱펠로우십 프로그램

목차	
인사말	1
한국국제보건의료재단 소개	2
<b>01 이종욱펠로우십 프로그램 개요</b>	
이종욱펠로우십 프로그램 소개	4
프로그램 개요	5
이종욱펠로우십 프로그램 현황	6
프로그램 흐름도	8
<b>02 지원 방법</b>	
지원 절차 및 연수생 추천 기준	10
2021년 프로그램 운영 계획	11
IMSOHIT 소개	12
<b>03 과정별 안내</b>	
임상과정	14
보건인력교육전문가과정	15
보건정책과정	16
감염병대응 전문가과정	17
최고위과정	19
학위과정	20
의공과정	21
<b>04 이종욱펠로우십의 사람들</b>	
2020년 연수생 인터뷰	23
2021년 연수기관 입찰 계획	25
<b>부록: 지원서(영문)</b>	26

## 인사말

## GREETING



한국국제보건의료재단  
제 5대 이사장  
**추무진**

안녕하십니까.  
한국국제보건의료재단(Korea Foundation for International Healthcare, KOFIH) 제 5대 이사장 추무진입니다.

KOFIH는 세계 보건의료 향상에 기여하는 글로벌 파트너이자 대한민국을 대표하는 공적개발원조(ODA) 보건의료 전문기관입니다.

이종욱펠로우십 프로그램(Dr LEE Jong-wook Fellowship Program)은 故 이종욱 세계보건기구(WHO) 사무총장의 유지를 받들어 개발도상국 보건의료인력 양성을 도모하고자 2007년부터 시행해 온 중장기 연수사업으로, 2020년 까지 29개 협력국 1,030명의 보건의료 핵심 인력을 배출했습니다.

본 프로그램은 국가별 특성에 맞춘 중장기 연수와 1:1 맞춤형 교과과정을 통해 실질적으로 연수생들의 역량을 제고 하였고, 연수 전 사전교육과 사후평가 및 지원을 통해 일회성이 아닌 지속가능한 보건의료 인력 양성에 기여하고 있습니다.

나아가, KOFIH 글로벌 연수생 동문회 네트워크 구축을 통해 보건의료 인재양성의 글로벌 허브로 도약하고자 합니다. 이를 통해 연수생 개인의 역량을 협력국의 역량으로, 개별 국가의 역량을 국제보건의료의 발전으로 확대 하여 전 세계인들의 보건의료 향상에 이바지하고자 합니다.

앞으로도 이종욱펠로우십 프로그램이 협력국 보건의료 발전에 이바지할 수 있도록 최선을 다하겠으며, 이를 위해 많은 성원을 부탁드립니다.

감사합니다.

## 한국국제보건의료재단 소개

ABOUT KOFIH



라오스-KOFIH 10주년 기념행사



우간다 현지 의료 활동

한국국제보건의료재단(Korea Foundation for International Healthcare, KOFIH)은 보건의료분야 국제협력 증진과 인도주의 정신을 구현하기 위하여 개발도상국, 북한, 재외동포 및 외국인 근로자, 해외 재난민에 대한 보건의료지원사업과 이종욱 제 6대 WHO 사무총장 기념사업을 수행하고 있는 보건복지부 산하 공공기관입니다.

대한민국을 대표하는 국제보건의료지원 전문기관으로서 지구촌 모든 사람이 적절한 보건의료지원을 받을 수 있는 날이 올 때까지 올바르게 일하는 KOFIH가 되겠습니다.



# 01

## 이종욱펠로우십 프로그램 개요

Dr LEE Jong-wook FELLOWSHIP PROGRAM OVERVIEW





## 이종욱펠로우십 프로그램 소개

ABOUT Dr LEE Jong-wook  
FELLOWSHIP PROGRAM



이종욱펠로우십 프로그램(Dr LEE Jong-wook Fellowship Program)은 글로벌 보건의료인력 교육훈련 프로그램으로서 체계적이고 실질적인 보건의료 교육을 통해 협력국 보건의료인력의 역량을 강화하고, 협력국 보건 의료 전략의 실현을 지원하며, 한국의 우수한 보건의료수준에 대한 국제적 인지도를 높이는 것을 목표로 합니다.

나아가 국내 의료기관의 해외 네트워크 확대에 기여하고, 세계적인 보건의료 인력양성 전문 플랫폼으로 도약하여 건강한 지구촌을 건설하는 데 기여하고자 합니다.

## VISION

협력국가 보건의료 향상을  
견인할 인재 양성

## MISSION

협력국가 보건의료 향상을 통한  
건강한 지구촌 건설

## STRATEGIC OBJECTIVES

### 단기목표

보건의료 인력양성 프로세스 역량 고도화  
이종욱펠로우십 프로그램 브랜드화

### 중기목표

보건의료 인력양성의 현장화 운영  
이종욱펠로우십 프로그램 교육훈련센터 설립을 통한 보건의료 인력양성 전문화

### 장기목표

이종욱펠로우십 프로그램 인력양성 통합 플랫폼 구축

## 4 KEY STRATEGIES

1

협력국가 교육수요  
중심의 사업 추진

2

사업의 차별성,  
고유성 제고

3

상호협력 증진을  
통한 사업 추진

4

사업성과 및  
지속가능성 증진

## 프로그램 개요

## PROGRAM OVERVIEW

현재 총 7개의 이종욱펠로우십 프로그램 연구과정을 운영 중입니다.

과정명	대상	목적	기간
임상과정	기초의학/임상교수, 임상의사, 간호사	보건의료 전문 인력의 교육·진료·연구 역량강화	2~6개월
보건인력교육전문가과정	의학교육 전문가	의학교육전문가 양성	3개월
보건정책과정	보건부 공무원	보건행정가 거버넌스 역량강화	3개월
감염병대응 전문가과정	결핵	결핵관리 체계 및 인적 역량강화	2~3개월
	정책·역학	정책 담당자 및 역학 조사관	
	진단·검사/임상·치료	감염병 감시 조직 행정 체계 구축 및 역학조사 역량강화	
학위과정	최고위과정	보건부 소속 보건행정가, 관리자	2년
	간호학	간호사	
	의학교육학	의학교육전문가, 교수	
	보건정책학	보건부 공무원	
	의공학	공공기관 의공분야 종사자	
의공과정	기초의학	기초의학분야 교수, 의사	3개월
	의공과정	보건부 및 국공립병원 의공 관리자 및 실무자	

이종욱펠로우십 프로그램에 참석하는 모든 연수생에게는 왕복 항공권, 숙박비 및 체재비가 지원됩니다.



2020년도 이종욱펠로우십 프로그램 입교식

이종욱펠로우십 프로그램 현황

STATUS OF  
KOFIH GLOBAL ALUMNI(KGA)

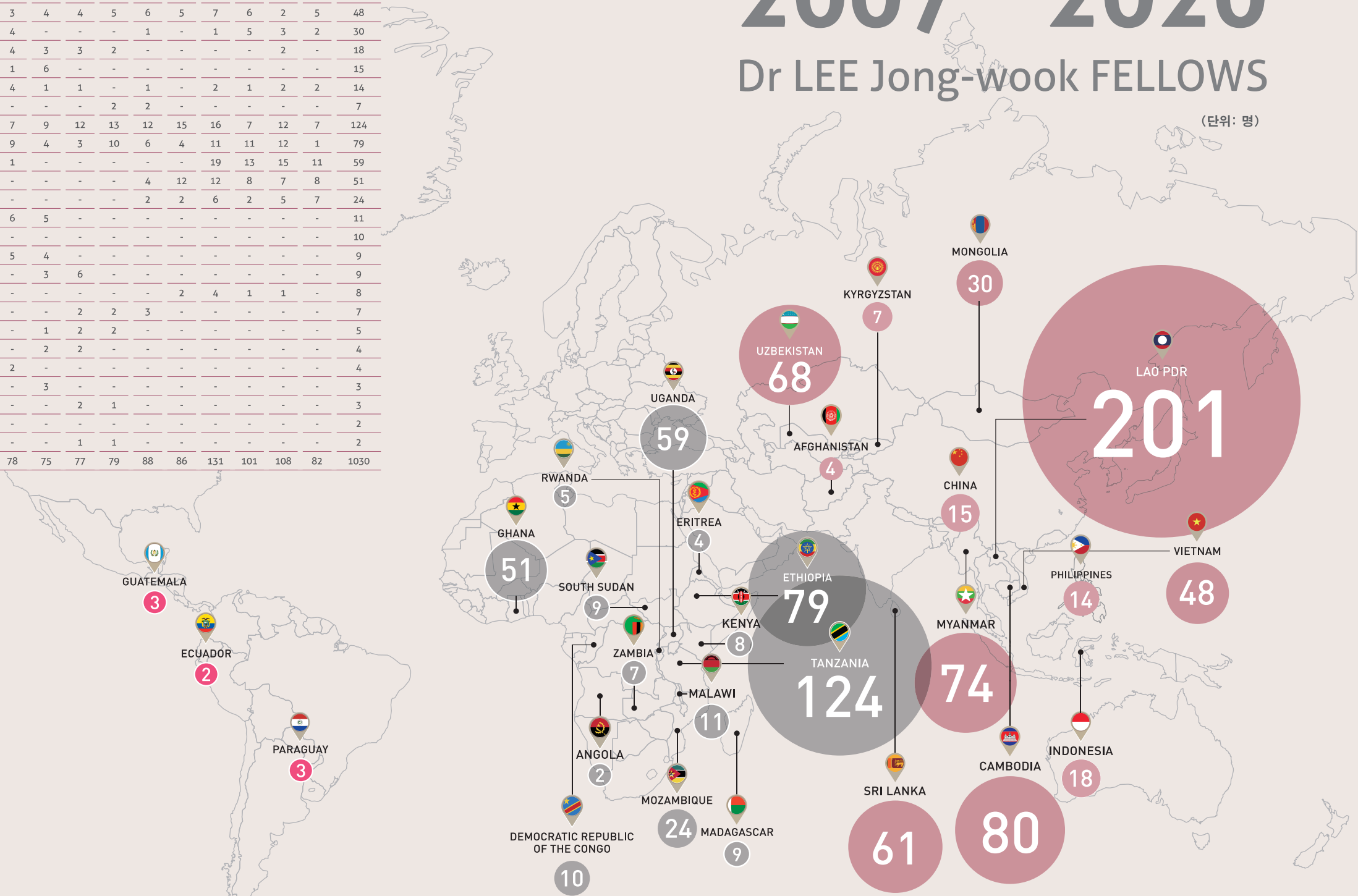
국가	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	누계 (2020)	
아시아 (11국)	라오스	-	2	2	13	16	9	14	16	20	19	22	26	18	24	201
	캄보디아	-	-	-	2	6	6	9	6	10	8	6	5	13	9	80
	미얀마	-	-	-	3	1	1	3	5	6	14	16	10	9	6	74
	우즈베키스탄	11	2	3	9	5	7	5	7	9	-	4	1	5	-	68
	스리랑카	-	2	2	8	4	7	8	7	6	5	5	5	2	-	61
	베트남	-	-	-	1	3	4	4	5	6	5	7	6	2	5	48
	몽골	-	8	4	2	4	-	-	-	1	-	1	5	3	2	30
	인도네시아	-	-	1	3	4	3	3	2	-	-	-	-	2	-	18
	중국	-	6	-	2	1	6	-	-	-	-	-	-	-	-	15
	필리핀	-	-	-	-	4	1	1	-	1	-	2	1	2	2	14
	키르기스스탄	-	-	-	3	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	7
아프리카 중남미 (18국)	탄자니아	-	-	3	11	7	9	12	13	12	15	16	7	12	7	124
	에티오피아	-	-	-	8	9	4	3	10	6	4	11	11	12	1	79
	우간다	-	-	-	-	1	-	-	-	-	19	13	15	11	-	59
	가나	-	-	-	-	-	-	-	4	12	12	8	7	8	-	51
	모잠비크	-	-	-	-	-	-	-	2	2	6	2	5	7	-	24
	말라위	-	-	-	-	6	5	-	-	-	-	-	-	-	-	11
	DR콩고	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	마다가스카르	-	-	-	-	5	4	-	-	-	-	-	-	-	-	9
	남수단	-	-	-	-	-	3	6	-	-	-	-	-	-	-	9
	케냐	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	1	1	-	-	8
	잠비아	-	-	-	-	-	-	2	2	3	-	-	-	-	-	7
	르완다	-	-	-	-	-	1	2	2	-	-	-	-	-	-	5
	아프가니스탄	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	4
	에리트레아	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
	과테말라	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	파라과이	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	3
	앙골라	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	에콰도르	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2
합계	11	21	26	67	78	75	77	79	88	86	131	101	108	82	1030	

\*누적 연수생수 기준으로 나열함

2007년부터 2020년까지 전 세계 29개국에서 1,030명의 의료인력이 이종욱펠로우십 프로그램을 통하여 교육훈련을 받았습니다.

2007 ~ 2020  
Dr LEE Jong-wook FELLOWS

(단위: 명)



## 프로그램 흐름도

## PROGRAM FLOW



\*과정에 따라 세부내용 상이함



1. 2020년도 모잠비크-캄보디아 임상과정  
3. 국제의료기기·병원설비전시회(KIMES 2021) 참석

2. 2020년도 연수생 한복 문화체험  
4. 2020년도 우간다 질병연구과정(결핵)

# 02 지원 방법

## APPLICATION INFORMATION





## 지원 절차 및 연수생 추천 기준

### APPLICATION PROCESS & RECOMMENDATION CRITERIA FOR TRAINEES

#### 1. 지원 절차

※ 전체 선발 과정은 2~3개월이 소요되며, 세부 일정은 연수 과정별로 상이합니다 .

자세한 정보는 담당자에게 문의하시기 바랍니다.

연수생 추천 요청	KOFIH → 대한민국 보건복지부 → 대한민국 외교부 → 재외공관 → 협력국 보건부
연수생 모집 공고	협력국 보건부 → 보건의료기관* *국공립 병원, 대학, 지방보건부 등
연수생 후보 추천자 지원서* 제출	지원자 → 협력국 보건부 → 재외공관 → 대한민국 외교부 → 대한민국 보건복지부 → KOFIH *부록: 지원서 참고
서류심사 및 면접	KOFIH 해외사무소 / KOFIH 본부 / 연수기관
건강검진서* 제출	지원자 → KOFIH *지원자 자비 부담
결과 발표	KOFIH → 협력국 보건부 / 연수생
최종 합격자 온라인 등록	웹사이트: <a href="https://imsohit.kofih.org">https://imsohit.kofih.org</a>
초청	KOFIH → 연수생
연수생 입국 및 오리엔테이션	KOFIH → 연수생
연수 실시	

#### 2. 연수생 추천기준

※ 연수생 후보자는 반드시 협력국 해당부처 또는 기관장의 추천을 받아야 합니다.

과정명	자격기준
임상과정	- '76.1.1. 이후(만 45세) 출생자 - 영어 읽기, 쓰기, 말하기가 원활한 자
보건인력교육전문가과정	- 학습계획서 학습 목표 및 동기를 분명히 제시한 자 - 해당기관의 실 근무 3년 이상인 자로 근무실적·태도, 발전 가능성 및 장래 조직기여 가능성 측면에서 적합하다고 판단되는 자
보건정책과정	- 연수를 지속하기에 신체적·정신적 이상이 없는 자 - 최종 선발 전 연수 규정 안내와 함께 규정 준수 동의서 징구가 가능한 자
감염병대응 전문가과정	- 초청연수 종료 후 일정 기간 이상 소속 기관 의무 근무 부과에 동의한 자 *KOFIH가 협력국 보건부와 별도 협의 예정
최고위과정	- KOFIH 및 협력국 보건부에서 별도 추천
학위과정	- 협력국 정부에서 공식적으로 인정하는 학사 학위를 소지한 자 - 영어로 진행되는 강의를 듣고, 영어로 읽고 쓰고 말함에 있어 충분한 영어실력의 보유자 - 현지 건강검진에 의거 심신이 건강한 자 *연수기관 입학/모집 절차에 따라 세부내용 변경 가능
의공과정	- 학력 및 전공: 의공학, 전기·전자·기계공학 관련 2년제 이상 학력 또는 이와 동등한 교육 이수 - 언어(외국어): 영어로 읽기, 쓰기, 말하기가 원활한 자 - 건강사항: 신체적, 정신적으로 결격사유가 없는 자 - 관리자급: 의공분야 관리직 또는 관리직 예정자 (의공분야 기술자로 최소 4년 이상 경력자) 기타 이에 준한 자격요건을 갖춘 자 - 실무자급: 의공분야 기술자로 2년 이상 경력자, 또는 전기·전자·기계 분야 기술자로 3년 이상 경력자 *관리자와 실무자 직급별 자격기준에 따라 구분하여 선발 예정

## 2021년 프로그램 운영 계획

### OPERATIONAL PLAN FOR 2021

#### 1. 과정 개요

과정명	연수기간	인원(명)	국가
임상과정	2-6개월*	48	라오스(5), 몽골(2), 미얀마(3), 우즈베키스탄(5), 캄보디아(4), 캄보디아 재할(2), 가나(6), 모잠비크(2), 모잠비크 석사(2), 에티오피아(9), 우간다(4), 탄자니아(4)
보건인력교육전문가과정	3개월	12	라오스(6), 베트남(6)
보건정책과정	3개월	12	라오스(2), 몽골(1), 캄보디아(2), 가나(2), 에티오피아(1), 우간다(2), 탄자니아(2)
결핵	3개월	6	캄보디아(2), 우간다(4)
감염병대응 전문가과정	정책·역학 진단·검사/ 임상·치료	2개월	56 라오스(10), 미얀마(8), 우즈베키스탄(2), 캄보디아(8), 가나(8), 가봉(4), 에티오피아(2), 우간다(7), 탄자니아(7)
최고위과정	1주일	-	라오스, 미얀마, 우즈베키스탄, 캄보디아 ※ 인원 미정
간호학 의학교육학			
학위과정	보건의정학 의공학 기초의학	2년	15 라오스(3), 몽골(4), 미얀마(5), 베트남(2), 캄보디아(1)
의공과정	3개월	12	라오스(2), 몽골(2), 베트남(2), 가나(2), 에티오피아(2), 탄자니아(2)
계	7개 과정	161명	라오스(28), 몽골(9), 미얀마(16), 베트남(10), 우즈베키스탄(7), 캄보디아(19), 가나(18), 가봉(4), 모잠비크(4), 에티오피아(14), 우간다(17), 탄자니아(15)

\*모잠비크 석사 연수기간 24개월

※ 연수기간, 대상국가 및 인원 변동 가능함

#### 2. 일정

2021년 1월~2월	연수생 추천 요청
2021년 3월~4월	지원서 제출
2021년 4월~5월	연수생 후보 추천
2021년 6월~7월	서류심사
2021년 8월~9월	면접 실시
2021년 9월	현지 건강검진 *지원자 자비 부담
2021년 9월	결과 발표
2021년 9월~10월	IMSOHIT 온라인 등록
2021년 10월	비자발급
2021년 10월~11월	연수생 입국 및 오리엔테이션
2021년 11월~	연수 실시

※ 과정에 따라 세부 일정 상이하며, 변동 가능함



## IMSOHIT

(Integrated Management System Of Healthcare Invitational Training)

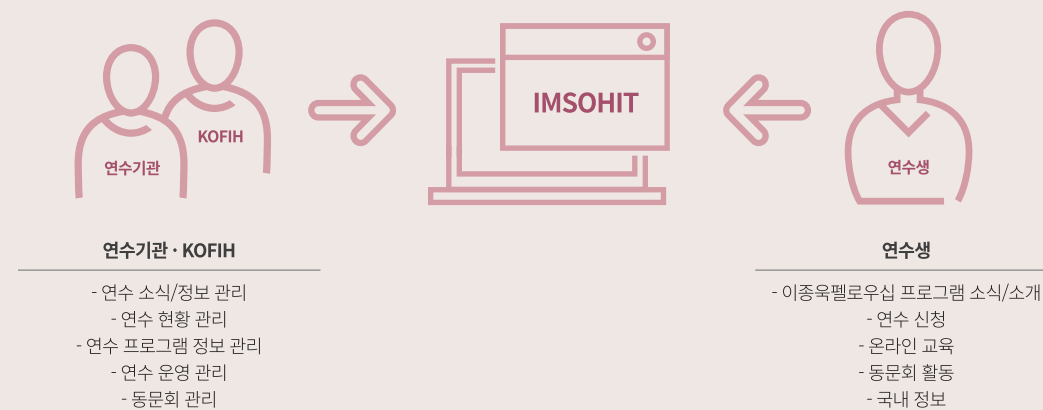
웹사이트: <https://imsohit.kofih.org>

글로벌 보건의료 연수 사업의 체계화 및 전략적 활용을 위한 글로벌 인재양성 통합 온라인 플랫폼입니다.

한국의 보건의료연수 사업과 관련된 5개 기관\*에서 운영·관리하고 있습니다. 연수과정의 개설, 신청, 운영 및 사후관리가 하나의 시스템에서 통합적으로 운영·관리되어 체계적인 연수인력 관리를 할 수 있도록 하고, 5개 기관에서 추진하고 있는 글로벌 연수 네트워크 구축 및 운영을 통해 사업의 지속성을 강화하고자 2019년 시스템을 구축하였습니다.

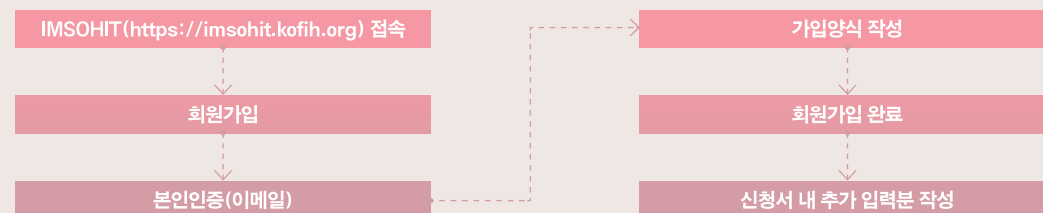
\*국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 한국보건산업진흥원, 한국보건복지인력개발원, 한국국제보건의료재단

## 시스템 안내



## IMSOHIT 프로그램 사용 안내

- IMSOHIT 프로그램에서는 과정별 세부 정보 열람 및 신청이 가능합니다.
- 회원가입은 누구나 가능하며 이종욱펠로우십 프로그램 등록은 보건부의 추천을 받은 자에 한하며, 최종 합격 시 프로그램별 개별 등록 안내 드립니다.
- 회원가입 방법

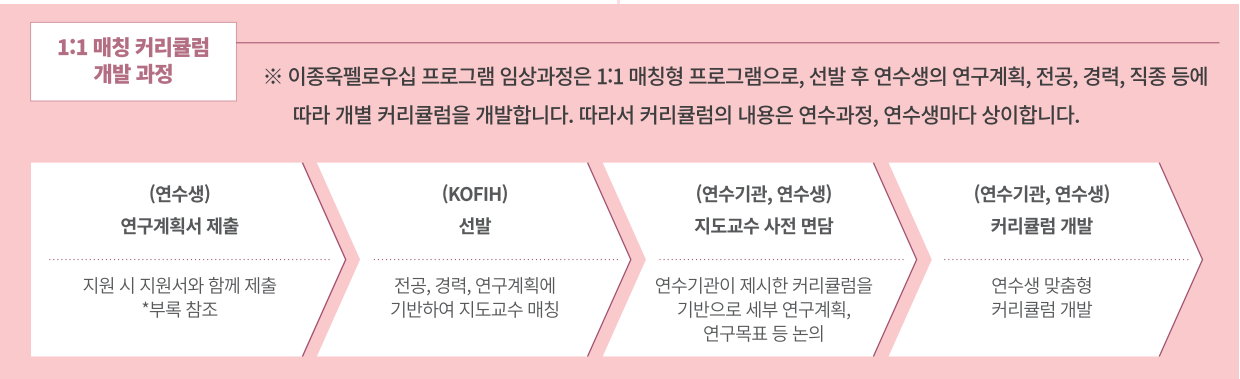


# 03 과정별 안내

## COURSE INFORMATION

임상과정

교육 목표	단기성과	장기성과									
	<div>1. 특정분야 역량강화 (1) 임상 역량강화(지식 및 술기 숙련도 향상) (2) 전공분야 교수자 역량강화 (3) 연구 역량강화</div> <div>2. 연수생들의 대한민국 의료수준 인지도 상승 (1) 한국보건의료체계 현황에 대한 이해 증대 (2) 연수생의 한국 문화와 역사에 대한 이해 증대 (3) 한국 의료 시스템 전수</div>	<div>1.연수 진행 사업 특정분야에 한하여 (1) 사업지역의 의료서비스 접근성 향상 (2) 특정분야 질병 감소(진단율, 치료향상) (3) 특정분야 진료 품질 향상 (4) 의료기관 서비스(진료 이외) 질 개선 (5) instructor(직종 내, 직종 간)로서의 역량강화 (6) 특정 분야의 임상 연구 역량강화</div>									
교육 대상	<div>- 대상국가 기초의학교수, 임상교수, 임상 의사, 임상간호사 등 48명</div> <div>- 대상국가(인원) : 10개국 / 라오스(5), 몽골(2), 미얀마(3), 우즈베키스탄(5), 캄보디아(4), 캄보디아 재할(2), 가나(6), 모잠비크(2), 모잠비크 석사(2), 에티오피아(9), 우간다(4), 탄자니아(4)</div> <div>*2021년 기준이며, 대상국가는 KOFIH 사업 및 국가별 협력전략에 따라 연도별로 상이함</div>										
초청 교육기간	<div>2개월 ~ 6개월</div> <div>*모잠비크 석사 연수기간 24개월</div> <div>*과정에 따라 상이함</div>										
주요 내용	<div>*1:1 매칭형 교육이며, 세부 내용은 과정에 따라 상이함</div> <table><tr><th rowspan="4">교육과정</th><th>사전교육</th><td>· 한국어 교육 - 온라인 한국어 교육 프로그램 · 오리엔테이션</td></tr><tr><th>초청교육</th><td>· 공통 교육 - 한국 보건의료체계 - 리더십 훈련 - 한국어 교육 · 개별 교육 - 강의 및 문헌조사 - 실습 및 실험 *시뮬레이션 포함 - 임상 관찰 - 컨퍼런스/세미나 참석 - 1:1 멘토링</td></tr><tr><th>사후교육</th><td>· 현지컨설팅 - 교수진 현지 방문 - 현지 워크숍 및 교육 - 의료기기/시설 지원</td></tr><tr><th>기타</th><td>· 한국어 교육, 문화체험 등</td></tr></table>		교육과정	사전교육	· 한국어 교육 - 온라인 한국어 교육 프로그램 · 오리엔테이션	초청교육	· 공통 교육 - 한국 보건의료체계 - 리더십 훈련 - 한국어 교육 · 개별 교육 - 강의 및 문헌조사 - 실습 및 실험 *시뮬레이션 포함 - 임상 관찰 - 컨퍼런스/세미나 참석 - 1:1 멘토링	사후교육	· 현지컨설팅 - 교수진 현지 방문 - 현지 워크숍 및 교육 - 의료기기/시설 지원	기타	· 한국어 교육, 문화체험 등
교육과정	사전교육	· 한국어 교육 - 온라인 한국어 교육 프로그램 · 오리엔테이션									
	초청교육	· 공통 교육 - 한국 보건의료체계 - 리더십 훈련 - 한국어 교육 · 개별 교육 - 강의 및 문헌조사 - 실습 및 실험 *시뮬레이션 포함 - 임상 관찰 - 컨퍼런스/세미나 참석 - 1:1 멘토링									
	사후교육	· 현지컨설팅 - 교수진 현지 방문 - 현지 워크숍 및 교육 - 의료기기/시설 지원									
	기타	· 한국어 교육, 문화체험 등									



보건인력교육전문가과정

교육 목표	단기성과	장기성과									
	<div>1. 역량강화 (1) 의학교육 교수법의 숙련도 향상 (2) 네트워크 강화</div> <div>2. 한국 의학교육 인지도 상승</div>	<div>1. 의학교육 질 향상 (1) 체계와 시스템 향상 (2) 교육방법의 고도화 (3) 교육연구 역량강화</div> <div>2. 양질의 의학교육 전파</div>									
교육 대상	<div>- 대상국가 의학교육 전문가(의학대학교수, 보건인력개발부서 관계자 등) 12명</div> <div>- 대상국가(인원): 2개국 / 라오스(6), 베트남(6)</div> <div>*2021년 기준이며, 대상국가는 KOFIH 사업 및 국가별 협력전략에 따라 연도별로 상이함</div>										
초청 교육기간	<div>3개월</div>										
주요 내용	<div>*초청 연수생 수요에 따라 세부 내용 변경 가능</div> <table><tr><th rowspan="4">교육과정</th><th>사전교육</th><td>· 한국어 기초교육 - 온라인 한국어 교육 프로그램 · 오리엔테이션</td></tr><tr><th>초청교육</th><td>1주차 오리엔테이션 및 의과학 인재육성법 2주차 리더십 훈련 3주차 교육행정과 프로젝트 관리 4주차 5주차 교육법 이론과 실습 6주차 커리큘럼 개발 및 평가 7주차 8주차 학생 평가 9주차 의학기술의 교육활용 10주차 국가면허시험 11주차 ODA 사업 설계와 향후 계획 12주차</td></tr><tr><th>사후교육</th><td>· 현지컨설팅 - 교수진 현지 방문 - 현지 워크숍 및 교육 - 의료기기/시설 지원</td></tr><tr><th>기타</th><td>· 한국어 교육, 문화체험 등</td></tr></table> <div>*수업 내용은 연수생과 교육기관 간 사전회의를 통하여 결정됨</div>		교육과정	사전교육	· 한국어 기초교육 - 온라인 한국어 교육 프로그램 · 오리엔테이션	초청교육	1주차 오리엔테이션 및 의과학 인재육성법 2주차 리더십 훈련 3주차 교육행정과 프로젝트 관리 4주차 5주차 교육법 이론과 실습 6주차 커리큘럼 개발 및 평가 7주차 8주차 학생 평가 9주차 의학기술의 교육활용 10주차 국가면허시험 11주차 ODA 사업 설계와 향후 계획 12주차	사후교육	· 현지컨설팅 - 교수진 현지 방문 - 현지 워크숍 및 교육 - 의료기기/시설 지원	기타	· 한국어 교육, 문화체험 등
교육과정	사전교육	· 한국어 기초교육 - 온라인 한국어 교육 프로그램 · 오리엔테이션									
	초청교육	1주차 오리엔테이션 및 의과학 인재육성법 2주차 리더십 훈련 3주차 교육행정과 프로젝트 관리 4주차 5주차 교육법 이론과 실습 6주차 커리큘럼 개발 및 평가 7주차 8주차 학생 평가 9주차 의학기술의 교육활용 10주차 국가면허시험 11주차 ODA 사업 설계와 향후 계획 12주차									
	사후교육	· 현지컨설팅 - 교수진 현지 방문 - 현지 워크숍 및 교육 - 의료기기/시설 지원									
	기타	· 한국어 교육, 문화체험 등									

보건정책과정

교육 목표	단기성과	장기성과												
	1. 보건의료 정책 분야 연구 및 실무 능력 역량강화 (1) 정책결정 및 시스템 이해도 증진 (2) 네트워크 강화  2. 한국의 보건의료 정책 이해 증진	1. 보건의료체계(system)의 개선 및 향상 2. 현지 맞춤형 보건의료정책(policy) 수립												
교육 대상	- 대상국가 중앙 및 지방 보건부 공무원 7개국 12명  - 대상국가(인원): 7개국 / 라오스(2), 몽골(1), 캄보디아(2), 가나(2), 에티오피아(1), 우간다(2), 탄자니아(2)  *2021년 기준이며, 협력국 상황 등에 따라 국가 및 인원은 조정될 수 있음													
초청 교육기간	3개월													
추진 일정	<div><div>연수생 선발 및 초청 '21.2~'21.10 (9개월)</div><div>→</div><div>국내 초청연수 실시 '21.11~'22.1 (3개월)</div><div>→</div><div>사후관리 (현지컨설팅) '22.2~'22.4 (3개월)</div></div>													
주요 내용	<table><tr><td rowspan="4">교육과정</td><td>사전교육</td><td>· 오리엔테이션 - 한국사 및 한국어 교육, 성인지 교육, 생활안내 등  · 국별보고 - 국별 개요 및 보건의료현황에 대한 연수생 발표</td></tr><tr><td>공통교육</td><td>· 한국 및 국제 보건의료체계 · 역학 · 보건통계 · 건강증진 · 보건윤리 및 안전 · 감염성/비감염성 질환 · 보건경제 · 보건의료정보관리/빅데이터 · 보건의료재정 · 노인건강/요양정책 · 보건정책(모자보건, 암 등)</td></tr><tr><td>초청교육</td><td>· 개인 역량 맞춤형 교육 · 지도교수 1:1 멘토링 · 연구 설계 및 논문 작성 · 컨퍼런스/학회 참석 등 · 액션플랜(Action Plan) 기획 및 개발</td></tr><tr><td>사후교육</td><td>· 현지컨설팅 - 교수진 현지 방문(혹은 비대면) - 현지 워크숍 및 교육 등</td></tr><tr><td>기타</td><td colspan="2">· 한국어 교육, 문화체험 등</td></tr></table>		교육과정	사전교육	· 오리엔테이션 - 한국사 및 한국어 교육, 성인지 교육, 생활안내 등  · 국별보고 - 국별 개요 및 보건의료현황에 대한 연수생 발표	공통교육	· 한국 및 국제 보건의료체계 · 역학 · 보건통계 · 건강증진 · 보건윤리 및 안전 · 감염성/비감염성 질환 · 보건경제 · 보건의료정보관리/빅데이터 · 보건의료재정 · 노인건강/요양정책 · 보건정책(모자보건, 암 등)	초청교육	· 개인 역량 맞춤형 교육 · 지도교수 1:1 멘토링 · 연구 설계 및 논문 작성 · 컨퍼런스/학회 참석 등 · 액션플랜(Action Plan) 기획 및 개발	사후교육	· 현지컨설팅 - 교수진 현지 방문(혹은 비대면) - 현지 워크숍 및 교육 등	기타	· 한국어 교육, 문화체험 등	
교육과정	사전교육	· 오리엔테이션 - 한국사 및 한국어 교육, 성인지 교육, 생활안내 등  · 국별보고 - 국별 개요 및 보건의료현황에 대한 연수생 발표												
	공통교육	· 한국 및 국제 보건의료체계 · 역학 · 보건통계 · 건강증진 · 보건윤리 및 안전 · 감염성/비감염성 질환 · 보건경제 · 보건의료정보관리/빅데이터 · 보건의료재정 · 노인건강/요양정책 · 보건정책(모자보건, 암 등)												
	초청교육	· 개인 역량 맞춤형 교육 · 지도교수 1:1 멘토링 · 연구 설계 및 논문 작성 · 컨퍼런스/학회 참석 등 · 액션플랜(Action Plan) 기획 및 개발												
	사후교육	· 현지컨설팅 - 교수진 현지 방문(혹은 비대면) - 현지 워크숍 및 교육 등												
기타	· 한국어 교육, 문화체험 등													

감염병대응 전문가과정

교육 목표

구분

단기성과

장기성과

결핵

1. 진단검사 역량강화

(1) 정도관리(검사시스템 관리)

2. 연구 역량강화

1. 특정질환 발생률 감소

2. 주변국 검사 역량 확대 및 전파

3. 본국/기관 검사 시스템 개선

4. 특정질환 연구 활성화

정책·역학

1. 협력국 감염병 감시 조직 및

행정 체계 역량강화

2. 역학조사 인력 양성

1. 특정질환 발생률 감소

2. 주변국 검사 역량 확대 및 전파

3. 본국/기관 검사 시스템 개선

4. 특정질환 연구 활성화

진단·검사/

임상·치료

1. 진단·검사 역량강화

2. 임상·치료 역량강화

1. 특정질환 발생률 감소

2. 주변국 검사 역량 확대 및 전파

3. 본국/기관 검사 시스템 개선

4. 특정질환 연구 활성화

교육 대상

연번	분야	초청 교육기간	국가	인원(명)
1	결핵	3개월	캄보디아(2), 우간다(4)	6
2	정책·역학	2개월	라오스(10), 미얀마(8), 우즈베키스탄(2), 캄보디아(8), 가나(8), 가봉(4), 에티오피아(2), 우간다(7), 탄자니아(7)	56
3	진단·검사/임상·치료			
계	3개 분야		9개국	62

주요 내용

세부 내용 변경 가능

① 결핵

교육과정	사전교육	· 한국어 기초교육							
		- 온라인 한국어 교육 프로그램							
	초청교육	· 오리엔테이션	1주차	결핵관리 기초					
			2주차						
			3주차						
			4주차						
			5주차	· 검사 연구 심화	· 보건 연구 심화				
			6주차			- 역학과 결핵 역학 기초			
			7주차				- 결핵사업 기획		
			8주차					- 결핵 환자 정보 수집 및 관리, 코호트 분석	
			9주차						- 결핵사업 모니터링과 평가
			10주차						
11주차									
12주차			평가						
사후교육	· 현지컨설팅	- 교수진 현지 방문							
			- 현지 워크숍 및 교육						
				- 의료기기/시설 지원					

② 정책·역학

교육과정	사전교육	· 오리엔테이션 · 재단 소개 및 프로그램 소개 · 기초 한국어 및 역사 소개	
	초청교육	모듈 1. 한국 감염병 관리 체계	· 강의 · 감염병 관리 지표에 대한 이해 · 한국 감염병 대응 정책 및 감시보고 체계 · 현장견학 · 질병관리청 긴급 상황실, 보건환경연구원
		모듈 2. 주요 감염병 관리	· 강의 · 감염병·역학조사·현장대응 이해 · 위기분석 국제협력의 이해 · 현장견학: 종합병원 특수병동(음압병실)
		모듈 3. 생물안전 관리	· 강의: 감염예방과 보호복의 이해 · 보호구 착용의 실습
		모듈 4. COVID-19 대응	· 강의: COVID-19 시뮬레이션 학습1,2 · 현장견학: 선별진료소 및 생활치료센터
		모듈 5. 역학조사	· 강의 · 감염병 역학과 관리개론 · 인과적 추론과 역학연구 · 유행역학조사 방법론 및 역학적 가설검정 · 역학조사의 실제(COVID-19 현장 사례공유) · 현장 역학조사 인터뷰 스킬 실습
		모듈 6. 보건통계 및 정보시스템	· 기술·분석통계 실무, 역학조사 자료처리 실습
		모듈 7. 액션플랜 워크숍	· 국가별 감염병 역학조사 체계 및 현황 공유 · 액션플랜 방법론, 토론, 액션플랜 작성 및 발표
	사후교육	· 현지컨설팅 · 연수내용 활용도 평가 및 기술 지원	

③ 진단·검사 / 임상·치료

교육과정	사전교육	· 오리엔테이션 · 재단 소개 및 프로그램 소개 · 기초 한국어 및 역사 소개	
	초청교육	· 이론 강의 · 감염관리의 기본 이론 · 신종 감염병 이해 및 사례 · 역학 이론 · 감염 예방교수법 · 현장참관 · 국내 유수의료 기관 방문	
		· 모의실습 · 감염병 환자 대응 술기 실습 · 신종감염병 환자 진료 및 지역사회 대응 실습 · 감염병 발생 시 접촉자 추적 조사 실습	
		· 워크숍 · 국가별 감염병 대응 체계 이해 · 감염병 대응 분석 및 강·약점 찾기 · 국가별 감염병 대응 체계 보완 방안 발표	
	사후교육	· 현지컨설팅 · 연수내용 활용도 평가 및 기술 지원	

교육 목표	단기성과	장기성과																
	1. KOFIH 사업 및 한국에 대한 이해도 증진 2. 한국 보건의료체계 구축 경험 공유 3. 협력국 간 경험 공유 및 관계 형성	1. KOFIH 사업 추진 교두보 마련 2. 협력국과의 중장기 네트워크 형성																
교육 대상	- 대상국가 고위급 공무원 4명 ※중앙보건부 국장급 이상, 국립 상급종합병원 원장급 이상  - 대상국가(인원): 4개국 / 라오스, 미얀마, 우즈베키스탄, 캄보디아 ※ 인원 미정  *2021년 기준이며, 대상국가는 KOFIH 사업 및 국가별 협력전략에 따라 연도별로 상이함																	
초청 교육기간	1주, 연 1회																	
주요 내용	<div><div>*세부 내용 변경 가능</div><table><tr><td rowspan="6">교육과정</td><th>항 목</th><th>내 용</th></tr><tr><td>오리엔테이션</td><td>· 재단 오리엔테이션 · 한국의 보건의료 발전 역사: 대한민국역사박물관 및 헬스케어 미래관 견학 · 한국어 수업</td></tr><tr><td>모듈 1. 보건의료 정책의 이해</td><td>· 강의: 보건의료 정책 이론, 한국의 성공 사례 공유, 보건의료 정책 분야 발전 전략 설정 · 현장 견학: 보건 정책 관련 부처 및 오송 보건의료행정타운 방문</td></tr><tr><td>모듈 2. 보건의료 경영의 이해</td><td>· 강의: 보건의료 경영의 흐름, 방법론, 경영 분야 핵심 전략 도출 · 현장 견학: 국내 유수의 의료기관 방문</td></tr><tr><td>모듈 3. 보건의료 산업의 이해</td><td>· 강의: 보건의료 장비, 의약품, 의료물자 등 보건의료 산업 운영 및 산업 현황에 대한 이해 · 현장 견학: 메디컬 코리아(한국보건산업진흥원 주최) 및 국제 병원 및 의료기기 산업 박람회(대한병원협회 주최) 견학</td></tr><tr><td>모듈 4. 지도자 리더십</td><td>· 글로벌 보건의료 패러다임, 리더십, 지도자 소양 훈련 · 정책 수립 전략적 문제 분석, 토론 형식의 경험 공유 워크숍</td></tr><tr><td>기타</td><td colspan="2">· 한국어 교육, 문화체험 등</td></tr></table></div>		교육과정	항 목	내 용	오리엔테이션	· 재단 오리엔테이션 · 한국의 보건의료 발전 역사: 대한민국역사박물관 및 헬스케어 미래관 견학 · 한국어 수업	모듈 1. 보건의료 정책의 이해	· 강의: 보건의료 정책 이론, 한국의 성공 사례 공유, 보건의료 정책 분야 발전 전략 설정 · 현장 견학: 보건 정책 관련 부처 및 오송 보건의료행정타운 방문	모듈 2. 보건의료 경영의 이해	· 강의: 보건의료 경영의 흐름, 방법론, 경영 분야 핵심 전략 도출 · 현장 견학: 국내 유수의 의료기관 방문	모듈 3. 보건의료 산업의 이해	· 강의: 보건의료 장비, 의약품, 의료물자 등 보건의료 산업 운영 및 산업 현황에 대한 이해 · 현장 견학: 메디컬 코리아(한국보건산업진흥원 주최) 및 국제 병원 및 의료기기 산업 박람회(대한병원협회 주최) 견학	모듈 4. 지도자 리더십	· 글로벌 보건의료 패러다임, 리더십, 지도자 소양 훈련 · 정책 수립 전략적 문제 분석, 토론 형식의 경험 공유 워크숍	기타	· 한국어 교육, 문화체험 등	
교육과정	항 목	내 용																
	오리엔테이션	· 재단 오리엔테이션 · 한국의 보건의료 발전 역사: 대한민국역사박물관 및 헬스케어 미래관 견학 · 한국어 수업																
	모듈 1. 보건의료 정책의 이해	· 강의: 보건의료 정책 이론, 한국의 성공 사례 공유, 보건의료 정책 분야 발전 전략 설정 · 현장 견학: 보건 정책 관련 부처 및 오송 보건의료행정타운 방문																
	모듈 2. 보건의료 경영의 이해	· 강의: 보건의료 경영의 흐름, 방법론, 경영 분야 핵심 전략 도출 · 현장 견학: 국내 유수의 의료기관 방문																
	모듈 3. 보건의료 산업의 이해	· 강의: 보건의료 장비, 의약품, 의료물자 등 보건의료 산업 운영 및 산업 현황에 대한 이해 · 현장 견학: 메디컬 코리아(한국보건산업진흥원 주최) 및 국제 병원 및 의료기기 산업 박람회(대한병원협회 주최) 견학																
	모듈 4. 지도자 리더십	· 글로벌 보건의료 패러다임, 리더십, 지도자 소양 훈련 · 정책 수립 전략적 문제 분석, 토론 형식의 경험 공유 워크숍																
기타	· 한국어 교육, 문화체험 등																	



학위과정

교육 목표	단기성과	장기성과
	1.보건의료인력의 전문성 강화 (1) 특정 분야 연구 및 임상 역량강화	1. 보건의료인력 양성을 통한 보건의료체계 거버넌스 강화 2. 협력국 자체 보건의료인력 양성 기반 확보

교육 대상
- 대상국가(인원): 5개국 15명 / 라오스(3), 몽골(4), 미얀마(5), 베트남(2), 캄보디아(1) *2021년 기준이며, 대상국가는 KOFIH 사업 및 국가별 협력전략에 따라 연도별로 상이함

학위 연수기간
2년

추진 일정
-------



교육 과정			
연번	구분	국가(인원)	인원
1	간호학 (Nursing)	라오스(3), 몽골(4), 미얀마(2), 베트남(2)	11
2	의학교육학 (Medical Education)	미얀마(2)	2
3	보건정책학 (Health Policy)	-	0
4	의공학 (Biomedical Engineering)	-	0
5	기초의학 (Basic Medical Science)	미얀마(1), 캄보디아(1)	2
계	5개 전공	5개국	15명

\*2021년 기준이며 분야, 인원, 예산 등은 수원국 연수생 추천 결과 등에 의해 변경 가능  
\*상기 5개 전공에 대한 2020년 학위과정(학위연수 기간 '20.9.~'22.8) 별도 운영 중

의공과정

교육 목표	단기성과	장기성과
	1. 의료기기 유지보수 역량강화 2. 안전 및 질 관리 3. 전파교육 참여자 역량강화(교육성취도)	1. 본국/기관에 의료기기 관리 방법을 전파 2. 현업기관의 의료기기 관리품질을 향상(의료기기 유지보수) 3. 한국과 협력국 간의 보건의료 인적/물적 네트워크 구축

교육 대상
- 대상국가 의공기사 12명 - 대상국가(인원): 6개국 / 라오스(2), 몽골(2), 베트남(2), 가나(2), 에티오피아(2), 탄자니아(2) *2021년 기준이며, 대상국가는 KOFIH 사업 및 국가별 협력전략에 따라 연도별로 상이함

교육 기간
3개월

주요 내용
-------

\*세부 내용 변경 가능

교육과정	사전교육	· 오리엔테이션 - 한국사 및 한국어 교육, 성인지 교육, 생활안내 등	
		· 국별보고 - 국별 개요 및 보건의료현황에 대한 연수생 발표	
		공통교육	개별교육
	초청교육	· 의료기기 기술검수 및 유지보수 · 의료기기 성능평가 및 기술관리 · 의료기기 안전관리 및 유지보수 프로그램 · 환자감시기, 인공호흡기, 마취기 등 의료기기 실습 · 병원 현장실습 등	· 개인 역량 맞춤형 교육 · 지도교수 1:1 멘토링 · 연구 설계 및 논문 작성 · 컨퍼런스/학회 참석 등 · 액션플랜(Action Plan) 기획 및 개발
	사후교육	· 현지컨설팅 - 교수진 현지 방문(혹은 비대면) - 현지 워크숍 및 교육 등	
기타	· 한국어 교육, 문화체험, 유관기관 방문 및 현장학습 등		

# 04 이종욱펠로우십의 사람들

PEOPLE of Dr LEE Jong-wook FELLOWSHIP PROGRAM

## 2020년 연수생 인터뷰

INTERVIEW WITH FELLOWS  
OF 2020



이름: Mary Akumu

국적: 우간다

참가 과정: 2020년도 질병연구과정

연수기관: 대한결핵협회(KNTA) 결핵연구원  
(KIT)

제 목표는 결핵을 연구하고 이에 대한 이해를 향상시키는 것이었습니다. KIT에서 연수를 받는 동안 현장의 노련한 연구원들을 만나 교류할 수 있었던 덕분에 목표를 달성했다고 생각합니다. 결핵 전문 협회를 통해 질병 연구에 대한 지식을 향상시키고, 필요한 기술을 습득할 수 있었습니다. 이 교육을 받기 전에는 MIC 테스트의 수행 및 적용, 그리고 NGS에 대한 지식/이해 수준이 매우 제한적이었습니다. 그러나 이번 교육을 통해 연구와 환자 관리 모두를 위한 절차를 수행할 수 있게 되었습니다. 그리고 다른 파이프라인을 사용하는 NGS 데이터 분석도 접할 수 있었습니다. 저는 향후 우간다 및 아프리카 대륙 전체에서 결핵 진단 및 환자 관리에 있어 여전히 불명확한 영역 중 일부를 밝히는 것을 목표로 질병 연구에 적극적으로 참여하고자 합니다. 이를 통해 우간다 및 아프리카에서 환자 관리 및 치료 결과의 질 향상, 결핵 발생 감소에 크게 기여할 수 있을 것이라 믿습니다.

이름: Alberto Silva

국적: 모잠비크

참가 과정: 2020년도 임상과정

연수기관: 인제대학교 일산백병원

제가 이종욱펠로우십 프로그램에 참여한 목적은 중환자실에서 중환자 관리 및 모니터링에 대한 지식을 향상시키는 것이었는데, 이러한 목표를 달성함과 동시에 중환자 진료에 대해서도 많이 배울 수 있었습니다. 저는 ECG, 기관지 내시경술과 같은 몇 가지 검사를 배웠고, 기계식 인공호흡기를 다루는 법 등을 배웠습니다. 이 모든 것이 모잠비크 국민의 건강을 개선하고, 미래 이환율과 사망률을 줄이는 데 도움이 될 것입니다. 저는 앞으로도 업무에 전념하는 한편, 중환자 관리 및 후속 조치에 대해 더 많은 동료에게 교육을 제공할 것입니다.

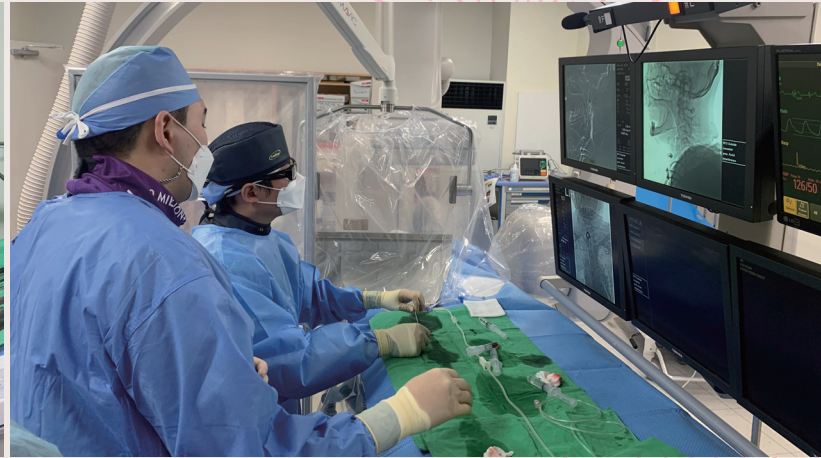
이름: Chhin Chhivath

국적: 캄보디아

참가 과정: 2020년도 임상과정

연수기관: 인제대학교 일산백병원

6개월간 진행되는 이종욱펠로우십 소아과 의사 프로그램에 선정된 것은 저에게 매우 좋은 기회였습니다. 이 펠로우십에 참여하게 된 이유는 한국에서 일반적인 소아 질병을 어떻게 다루는지 배우고 싶었기 때문입니다. 이 프로그램을 통해 소아 질환 및 장애, 소아과 공통 질환, 환자 관리, 전문적 실습을 통한 시스템 개선에 대해 배울 수 있었습니다. 이를 통해 한국과 캄보디아의 다양한 질병에 대한 저의 지식을 확장할 수 있었습니다. 응급 소아부서에서의 여러 사례 연구는 매우 소중한 경험이었습니다. 또한, 임상 질환과 관련된 일반 강의, 논문 검색 방법도 배울 수 있었습니다. 전반적으로 저는 한국에서 아주 좋은 시간을 보냈습니다. 이 펠로우십을 통해 제가 한국에서 배운 것을 적용하여 우리 병원의 소아과 서비스를 개선하고, 사망률을 낮추며, 환자의 삶의 질 향상을 위한 토대를 마련해 나갈 것입니다.



이름: Lim Ravy

국적: 캄보디아

참가 과정: 2020년도 임상과정

연수기관: 인제대학교 일산백병원

저는 제가 사는 지역의 환자 사망률과 이환율을 줄이기 위해 산부인과 관련 기술과 지식을 향상시키고 싶습니다. 물론 이러한 목표를 달성할 것이라 자신합니다. 질병 치료를 위한 새로운 프로토콜과 최신 기술, 수술실 참여와 같은 프로그램을 통해 다양한 지식과 경험을 얻을 수 있었습니다. 또한, 한국의 업무 체계 및 아름다운 문화에 대해 더 많이 알게 되었습니다. 이종욱펠로우십 프로그램을 통해 얻은 경험과 기술을 바탕으로 제 지역에서 환자를 치료하고 산모와 태아의 생명을 구할 수 있는 충분한 능력을 갖추 수 있기를 진심으로 바랍니다.

이름: Chau Thi Minh HUYNH

국적: 베트남

참가 과정: 2020년도 학위과정(간호학)

연수기관: 국립암센터

저는 한국에 오기 전에 제가 기대했던 내용들을 배웠습니다. 종양학은 최근 베트남 정부가 암 환자 수가 증가함에 따라 많은 노력을 기울이고 있는 분야입니다. 제가 이 과정을 마치고 베트남으로 돌아가면 많은 기여를 할 수 있을 것이라 생각합니다. 제 직장(Hue Central Hospital)에는 암 환자를 돌볼 수 있는 많은 인력, 특히 간호사가 필요합니다. 저는 2학기에 환자 진료에 참여할 예정이며, 가능한 많이 배우기를 기대하고 있습니다. 특히 저는 한국 간호사들이 얼마나 일에 전념하는지를 보고 놀랐습니다. 수업 시간에 그들의 관행에 대해 들었는데, 한국 간호사들은 주말에도 일하는 것이 아주 흔한 일이라 들었습니다. 그들은 매우 헌신적이며, 이것이 한국 의료 시스템의 효율성이 높은 이유라고 생각합니다. 저는 베트남에 돌아가면 제 동료들이 환자 치료에 최선을 다하도록 격려할 것입니다. 무엇을 배우는 지도 중요하지만, 정말로 중요한 것은 환자를 어떻게 대하고 얼마나 진정으로 돌보는가일 것입니다.

이름: Khamson NAOVALAD

국적: 라오스

참가 과정: 2020년도 학위과정(간호학)

연수기관: 국립암센터

라오스에서 저는 암으로 고통받는 많은 환자를 목격했습니다. 더욱이 환자 가족들이 힘든 시기를 겪는 것을 보는 것은 참으로 비극적인 경험이었습니다. 펠로우십 과정을 통해 저는 암 환자의 완화 치료에 집중하고, 이를 라오스 병원에 적용하고 싶습니다. 저는 간호사들에게 말기 암 환자를 적절히 돌보는 방법과 환자 가족들에게 인도적 지원을 확대하는 방법을 가르칠 계획입니다. 2학기에는 호스피스 시뮬레이션 수업에 참여할 것입니다. 암 환자용 특수 병동이 없기 때문에, 제가 배운 것을 가능한 한 많은 의료 종사자들에게 전파하는 것이 중요합니다.



# 부록: 지원서(영문)

## PART I. APPLICATION FORM

1. TRAINING COURSE FOR CLINICAL EXPERTS
2. TRAINING COURSE FOR HEALTH EDUCATION PROFESSIONALS AND TRAINING COURSE FOR INFECTIOUS DISEASE SPECIALISTS
3. TRAINING COURSE FOR HEALTH POLICY ADMINISTRATORS
4. COURSE FOR HIGH-LEVEL OFFICIALS
5. TRAINING COURSE FOR BIOMEDICAL ENGINEERS

## PART II. RECOMMENDATION FORM

## PART III. CONSENT TO COLLECT AND USE PERSONAL INFORMATION

1. FOR CANDIDATE FELLOWS
2. FOR A RECOMMENDER

## PART I. Application Form

# 01 Training Course for Clinical Experts

FORM 1 : CHECK LIST

FORM 2 : APPLICANT INFORMATION

FORM 3 : STUDY PLAN



## CHECK LIST

- Please complete the check list below and submit it with required documents.
- Please mark the rightmost column with '✓' if the document is completed.

No.	Document	Note	Mark with '✓' if completed
1	<b>Application Form</b>	Mandatory	
	Applicant Information	Mandatory	
	Study Plan	Mandatory	
	Consent to Collect and Use Personal Information	Mandatory	
2	<b>Recommendation Form</b>	Mandatory	
	Recommendation Letter	Mandatory	
	Consent to Collect and Use Personal Information	Mandatory	
3	<b>Copy of Identification</b>	Mandatory	
4	<b>Copy of Degree Certificate</b>	Optional	
5	<b>Copy of Emploment Certificate</b>	Optional	

This is to certify that I have completed and submitted above documents to apply for 2021 KOFIH Dr LEE Jong-wook Fellowship Program. I have read and understood 'Terms and Conditions of Dr LEE Jong-wook Fellowship Program.'

Date	DD / MM / YYYY		
Title of Cours			
Applicant's Name * as in the passport	First Name		(Signature)
	Middle Name		
	Family Name		

## APPLICANT INFORMATION

- Please complete ALL fields. If not applicable, state N/A.
- Name, nationality, date of birth must match your passport.
- All dates should be in the form of DD / MM / YYYY.

## A. Application Information

Course Title	Training Course for Clinical Experts
Country	

## B. Personal Information

Picture (3cm x 4cm) * Taken within the last 6 months	Name * as in the passport	First Name	
		Middle Name	
		Family Name	
Nationality		Region/State	
Gender		Date of Birth	DD / MM / YYYY
Passport Number		Passport Date of Expiry	DD / MM / YYYY
Occupation		Specialty	
Contact Information	Home Address		
	Telephone		
	Mobile		
	Email		
Emergency Contact Information	Name		
	Relation to the Applicant		
	Mobile		
	Email		

C. Employment Information (Current)

Affiliation					
Department					
Position					
Specialty					
Main Duty <small>*List three most important duties</small>	1				
	2				
	3				
Duration of Employment	From DD / MM / YYYY to Present				
Office Address					
Telephone					
Fax					
Website					

D. Educational Background \* Higher education ONLY. Please list in chronological order.

Name of Institution	Country	Field of Study	Degree	Period	
				From	To
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

E. Career Experience \* Please list in chronological order.

Name of Institution	Department	Position	Period	
			From	To
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

F. Credentials (License, Certification etc.) \* Please list in chronological order.

Title	No.	Issuing Entity	Date of Issue	Date of Expiry
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

G. Invitational Training Experience \* Please list in chronological order.

Name of Institution	Country	Field of Training	Period	
			From	To
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

H. Language Proficiency

Language	Listening	Speaking	Reading	Writing
English	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor
Korean	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor

I. Language Certificate

Language	Title of Test	Score	Date of Expiry	Note
English	TOEFL, IELTS, etc.		DD / MM / YYYY	
Korean	TOPIK		DD / MM / YYYY	

J. Major Publication and Research Activities \* Please list in chronological order.

No.	Title	Publisher	Date of Publication
1			
2			
3			
4			
5			

## STUDY PLAN

- The following information will be used to design the customized curriculum for the training.
- Please state as precisely as possible.
- Fill in the blanks in less than 200 words.

**A. Elaborate up to three major clinical practices you have performed in your specialty field.** \* Less than 200 words.

**B. Explain up to three study goals you want to achieve upon completion of this training.** \* Less than 200 words.

**C. List up knowledge and skills you want to acquire through this program.** \* Less than 200 words.

### Knowledge

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

### Skills

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

### PART I. Application Form

# 02 Training Course for Health Education Professionals and Training Course for Infectious Disease Specialists

FORM 1 : CHECK LIST

FORM 2 : APPLICANT INFORMATION

FORM 3 : STUDY PLAN

## CHECK LIST

- Please complete the check list below and submit it with required documents.
- Please mark the rightmost column with '✓' if the document is completed.

No.	Document	Note	Mark with '✓' if completed
1	<b>Application Form</b>	Mandatory	
	Applicant Information	Mandatory	
	Study Plan	Mandatory	
	Consent to Collect and Use Personal Information	Mandatory	
2	<b>Recommendation Form</b>	Mandatory	
	Recommendation Letter	Mandatory	
	Consent to Collect and Use Personal Information	Mandatory	
3	<b>Copy of Identification</b>	Mandatory	
4	<b>Copy of Degree Certificate</b>	Optional	
5	<b>Copy of Emploment Certificate</b>	Optional	

This is to certify that I have completed and submitted above documents to apply for 2021 KOFIH Dr LEE Jong-wook Fellowship Program. I have read and understood 'Terms and Conditions of Dr LEE Jong-wook Fellowship Program.'

Date	DD / MM / YYYY		
Title of Cours			
Applicant's Name * as in the passport	First Name		(Signature)
	Middle Name		
	Family Name		

## APPLICANT INFORMATION

- Please complete ALL fields. If not applicable, state N/A.
- Name, nationality, date of birth must match your passport.
- All dates should be in the form of DD / MM / YYYY.

## A. Application Information

Course Title	Training Course for Health Education Professionals, Training Course for Infectious Disease Specialists
Country	

## B. Personal Information

Picture (3cm x 4cm) * Taken within the last 6 months	Name * as in the passport	First Name	
		Middle Name	
		Family Name	
Nationality		Region/State	
Gender		Date of Birth	DD / MM / YYYY
Passport Number		Passport Date of Expiry	DD / MM / YYYY
Occupation		Specialty	
Contact Information	Home Address		
	Telephone		
	Mobile		
	Email		
Emergency Contact Information	Name		
	Relation to the Applicant		
	Mobile		
	Email		



C. Employment Information (Current)

Affiliation			
Department			
Position			
Specialty			
Main Duty <small>*List three most important duties</small>	1		
	2		
	3		
Duration of Employment	From DD / MM / YYYY to Present		
Office Address			
Telephone			
Fax			
Website			

D. Educational Background \* Higher education ONLY. Please list in chronological order.

Name of Institution	Country	Field of Study	Degree	Period	
				From	To
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

E. Career Experience \* Please list in chronological order.

Name of Institution	Department	Position	Period	
			From	To
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

F. Credentials (License, Certification etc.) \* Please list in chronological order.

Title	No.	Issuing Entity	Date of Issue	Date of Expiry
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

G. Invitational Training Experience \* Please list in chronological order.

Name of Institution	Country	Field of Training	Period	
			From	To
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

H. Language Proficiency

Language	Listening	Speaking	Reading	Writing
English	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor
Korean	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor

I. Language Certificate

Language	Title of Test	Score	Date of Expiry	Note
English	TOEFL, IELTS, etc.		DD / MM / YYYY	
Korean	TOPIK		DD / MM / YYYY	

J. Major Publication and Research Activities \* Please list in chronological order.

No.	Title	Publisher	Date of Publication
1			
2			
3			
4			
5			

## STUDY PLAN

- The following information will be used to design the customized curriculum for the training.
- Please state as precisely as possible.
- Fill in the blanks in less than 200 words.

**A. Elaborate up to three major research projects or education programs you have participated in your specialty field.** \* Less than 200 words.

**B. Explain up to three study goals you want to achieve upon completion of this training.** \* Less than 200 words.

**C. List up knowledge and skills you want to acquire through this program.** \* Less than 200 words.

### Knowledge

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

### Skills

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

### PART I. Application Form

# 03 Training Course for Health Policy Administrators

FORM 1 : CHECK LIST

FORM 2 : APPLICANT INFORMATION

FORM 3 : STUDY PLAN

## CHECK LIST

- Please complete the check list below and submit it with required documents.
- Please mark the rightmost column with '✓' if the document is completed.

No.	Document	Note	Mark with '✓' if completed
1	<b>Application Form</b>	Mandatory	
	Applicant Information	Mandatory	
	Study Plan	Mandatory	
	Consent to Collect and Use Personal Information	Mandatory	
2	<b>Recommendation Form</b>	Mandatory	
	Recommendation Letter	Mandatory	
	Consent to Collect and Use Personal Information	Mandatory	
3	<b>Copy of Identification</b>	Mandatory	
4	<b>Copy of Degree Certificate</b>	Optional	
5	<b>Copy of Emploment Certificate</b>	Optional	

This is to certify that I have completed and submitted above documents to apply for 2021 KOFIH Dr LEE Jong-wook Fellowship Program. I have read and understood 'Terms and Conditions of Dr LEE Jong-wook Fellowship Program.'

Date	DD / MM / YYYY		
Title of Cours			
Applicant's Name * as in the passport	First Name		(Signature)
	Middle Name		
	Family Name		

## APPLICANT INFORMATION

- Please complete ALL fields. If not applicable, state N/A.
- Name, nationality, date of birth must match your passport.
- All dates should be in the form of DD / MM / YYYY.

## A. Application Information

Course Title	Training Course for Health Policy Administrators
Country	

## B. Personal Information

Picture (3cm x 4cm) * Taken within the last 6 months	Name * as in the passport	First Name	
		Middle Name	
		Family Name	
Nationality		Region/State	
Gender		Date of Birth	DD / MM / YYYY
Passport Number		Passport Date of Expiry	DD / MM / YYYY
Occupation		Specialty	
Contact Information	Home Address		
	Telephone		
	Mobile		
	Email		
Emergency Contact Information	Name		
	Relation to the Applicant		
	Mobile		
	Email		

C. Employment Information (Current)

Affiliation			
Department			
Position			
Specialty			
Main Duty <small>*List three most important duties</small>	1		
	2		
	3		
Duration of Employment	From DD / MM / YYYY to Present		
Office Address			
Telephone			
Fax			
Website			

D. Educational Background \* Higher education ONLY. Please list in chronological order.

Name of Institution	Country	Field of Study	Degree	Period	
				From	To
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

E. Career Experience \* Please list in chronological order.

Name of Institution	Department	Position	Period	
			From	To
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

F. Credentials (License, Certification etc.) \* Please list in chronological order.

Title	No.	Issuing Entity	Date of Issue	Date of Expiry
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

G. Invitational Training Experience \* Please list in chronological order.

Name of Institution	Country	Field of Training	Period	
			From	To
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

H. Language Proficiency

Language	Listening	Speaking	Reading	Writing
English	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor
Korean	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor

I. Language Certificate

Language	Title of Test	Score	Date of Expiry	Note
English	TOEFL, IELTS, etc.		DD / MM / YYYY	
Korean	TOPIK		DD / MM / YYYY	

J. Major Publication and Research Activities \* Please list in chronological order.

No.	Title	Publisher	Date of Publication
1			
2			
3			
4			
5			

## STUDY PLAN

- The following information will be used to design the customized curriculum for the training.
- Please state as precisely as possible.
- Fill in the blanks in less than 200 words.

**A. Elaborate up to three major policy makings that you have designed or participated in your specialty field.**

\* Less than 200 words.

**B. Explain up to three study goals you want to achieve upon completion of this training.** \* Less than 200 words.

**C. List up knowledge and skills you want to acquire through this program.** \* Less than 200 words.

### Knowledge

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

### Skills

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

### PART I. Application Form

# 04

## Course for High-Level Officials

FORM 1 : CHECK LIST

FORM 2 : APPLICANT INFORMATION

FORM 3 : STUDY PLAN \*OPTIONAL

## CHECK LIST

- Please complete the check list below and submit it with required documents.
- Please mark the rightmost column with '✓' if the document is completed.

No.	Document	Note	Mark with '✓' if completed
1	<b>Application Form</b>	Mandatory	
	Applicant Information	Mandatory	
	Study Plan	Optional	
	Consent to Collect and Use Personal Information	Mandatory	
2	<b>Recommendation Form</b>	Optional	
	Recommendation Letter	Optional	
	Consent to Collect and Use Personal Information	Optional	
3	<b>Copy of Identification</b>	Mandatory	
4	<b>Copy of Degree Certificate</b>	Optional	
5	<b>Copy of Emploment Certificate</b>	Optional	

This is to certify that I have completed and submitted above documents to apply for 2021 KOFIH Dr LEE Jong-wook Fellowship Program. I have read and understood 'Terms and Conditions of Dr LEE Jong-wook Fellowship Program.'

Date	DD / MM / YYYY		
Title of Cours			
Applicant's Name * as in the passport	First Name		(Signature)
	Middle Name		
	Family Name		

## APPLICANT INFORMATION

- Please complete ALL fields. If not applicable, state N/A.
- Name, nationality, date of birth must match your passport.
- All dates should be in the form of DD / MM / YYYY.

## A. Application Information

Course Title	Course for High-Level Officials
Country	

## B. Personal Information

Picture (3cm x 4cm) * Taken within the last 6 months	Name * as in the passport	First Name	
		Middle Name	
		Family Name	
Nationality		Region/State	
Gender		Date of Birth	DD / MM / YYYY
Passport Number		Passport Date of Expiry	DD / MM / YYYY
Occupation		Specialty	
Contact Information	Home Address		
	Telephone		
	Mobile		
	Email		
Emergency Contact Information	Name		
	Relation to the Applicant		
	Mobile		
	Email		

C. Employment Information (Current)

Affiliation			
Department			
Position			
Specialty			
Main Duty <small>*List three most important duties</small>	1		
	2		
	3		
Duration of Employment	From DD / MM / YYYY to Present		
Office Address			
Telephone			
Fax			
Website			

D. Educational Background \* Higher education ONLY. Please list in chronological order.

Name of Institution	Country	Field of Study	Degree	Period	
				From	To
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

E. Career Experience \* Please list in chronological order.

Name of Institution	Department	Position	Period	
			From	To
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

F. Credentials (License, Certification etc.) \* Please list in chronological order.

Title	No.	Issuing Entity	Date of Issue	Date of Expiry
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

G. Invitational Training Experience \* Please list in chronological order.

Name of Institution	Country	Field of Training	Period	
			From	To
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

H. Language Proficiency

Language	Listening	Speaking	Reading	Writing
English	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor
Korean	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor

I. Language Certificate

Language	Title of Test	Score	Date of Expiry	Note
English	TOEFL, IELTS, etc.		DD / MM / YYYY	
Korean	TOPIK		DD / MM / YYYY	

J. Major Publication and Research Activities \* Please list in chronological order.

No.	Title	Publisher	Date of Publication
1			
2			
3			
4			
5			

## STUDY PLAN (OPTIONAL)

- The following information will be used to design the customized curriculum for the training.  
Please state as precisely as possible.
- Fill in the blanks in less than 200 words.

**A. Elaborate up to three major policy makings that you have designed or participated in your specialty field.**

\* Less than 200 words.

**B. Explain up to three study goals you want to achieve upon completion of this training.** \* Less than 200 words.

**C. List up knowledge and skills you want to acquire through this program.** \* Less than 200 words.

### Knowledge

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

### Skills

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

### PART I. Application Form

# 05 Training Course for Biomedical Engineers

FORM 1 : CHECK LIST

FORM 2 : APPLICANT INFORMATION

FORM 3 : STUDY PLAN

FORM 4 : LEVEL AND PREFERENCE SELECTIONS



## CHECK LIST

- Please complete the check list below and submit it with required documents.
- Please mark the rightmost column with '✓' if the document is completed.

No.	Document	Note	Mark with '✓' if completed
1	<b>Application Form</b>	Mandatory	
	Applicant Information	Mandatory	
	Study Plan	Mandatory	
	Consent to Collect and Use Personal Information	Mandatory	
2	<b>Recommendation Form</b>	Mandatory	
	Recommendation Letter	Mandatory	
	Consent to Collect and Use Personal Information	Mandatory	
3	<b>Copy of Identification</b>	Mandatory	
4	<b>Copy of Degree Certificate</b>	Mandatory	
5	<b>Copy of Emploment Certificate</b>	Mandatory	
6	<b>Health Check-up Result</b> <i>*Must include TB test and one's health history</i>	Mandatory	

This is to certify that I have completed and submitted above documents to apply for 2021 KOFIH Dr LEE Jong-wook Fellowship Program. I have read and understood 'Terms and Conditions of Dr LEE Jong-wook Fellowship Program.'

Date	DD / MM / YYYY		
Title of Course			
Applicant's Name <small>* as in the passport</small>	First Name		(Signature)
	Middle Name		
	Family Name		

## APPLICANT INFORMATION

- Please complete ALL fields. If not applicable, state N/A.
- Name, nationality, date of birth must match your passport.
- All dates should be in the form of DD / MM / YYYY.

<b>A. Application Information</b>			
Course Title	Training Course for Biomedical Engineers		
Country			
<b>B. Personal Information</b>			
Picture (3cm x 4cm) <small>* Taken within the last 6 months</small>	Name <small>* as in the passport</small>	First Name	
		Middle Name	
		Family Name	
Nationality		Region/State	
Gender		Date of Birth	DD / MM / YYYY
Passport Number		Passport Date of Expiry	DD / MM / YYYY
Occupation		Specialty	
Contact Information	Home Address		
	Telephone		
	Mobile		
	Email		
Emergency Contact Information	Name		
	Relation to the Applicant		
	Mobile		
	Email		

C. Employment Information (Current)

Affiliation			
Department			
Position			
Specialty			
Main Duty <small>*List three most important duties</small>	1		
	2		
	3		
Duration of Employment	From DD / MM / YYYY to Present		
Office Address			
Telephone			
Fax			
Website			

D. Educational Background \* Higher education ONLY. Please list in chronological order.

Name of Institution	Country	Field of Study	Degree	Period	
				From	To
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
				DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

E. Career Experience \* Please list in chronological order.

Name of Institution	Department	Position	Period	
			From	To
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

F. Credentials (License, Certification etc.) \* Please list in chronological order.

Title	No.	Issuing Entity	Date of Issue	Date of Expiry
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

G. Invitational Training Experience \* Please list in chronological order.

Name of Institution	Country	Field of Training	Period	
			From	To
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY
			DD / MM / YYYY	DD / MM / YYYY

H. Language Proficiency

Language	Listening	Speaking	Reading	Writing
English	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor
Korean	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor	Excellent / Fair / Poor

I. Language Certificate

Language	Title of Test	Score	Date of Expiry	Note
English	TOEFL, IELTS, etc.		DD / MM / YYYY	
Korean	TOPIK		DD / MM / YYYY	

J. Major Publication and Research Activities \* Please list in chronological order.

No.	Title	Publisher	Date of Publication
1			
2			
3			
4			
5			

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

[illegible]



# RECOMMENDATION LETTER

A. Application Information

Course Title	
Country	

B. Applicant Information

Name <small>* as in the passport</small>	First Name	
	Middle Name	
	Family Name	
Affiliation		
Department		
Position		

C. Recommender Information

Name <small>* as in the passport</small>	First Name		
	Middle Name		
	Family Name		
Affiliation			
Department			
Position			
Address			
Tel		Fax	
Email			

D. Questions

(1) Why do you recommend the applicant for this program? \*Less than 200 words.

(2) What do you consider is the strength and weakness of the applicant? \*Less than 200 words.

(3) How will the applicant contribute to the improvement of his/her country and organization after the completion of the program? \*Less than 200 words.

(4) Do you know any physical and mental condition which might affect the applicant’s performance during invitational training in Korea? If yes, please explain. \*Less than 200 words.

(5) Below is a list of virtue Dr LEE Jong-wook Fellowship Program seeks in the fellows. Please mark '√' in the appropriate box.

Criteria	Very Good	Good	Fair	Poor	Very Poor
Attitude to Learn					
Sufficient Knowledge and Skill					
Clear Study Plan & Objective					
Confident Motivation					
Understanding of Dr LEE Jong-wook Fellowship Program					
Expected Post-Training Commitment					
Post-Training Capacity Development Plan					
English Proficiency					

This is to certify that I recommend the stated applicant for  
2021 KOFIH Dr LEE Jong-wook Fellowship Program.

Date	DD / MM / YYYY		
Name	First Name	(Signature)	
	Middle Name		
	Family Name		

## CONSENT TO COLLECT AND USE PERSONAL INFORMATION

- Pursuant to Article 7 of the Korea Foundation for International Healthcare Act and the Article 15 of the Personal Information Protection Act, KOFIH is required to receive 'Consent to Collect and Use Personal Information' and 'Consent to Release Personal Information to a Third Party' from the information providers.
- Please read carefully and complete below documents.

### Consent to Collect and Use Personal Information \*Until the program is completed

Purpose of Collecting/Using Personal Information	To confirm personal information and evidential documents necessary for Dr LEE Jong-wook Fellowship Program
Personal Information to be Collected	Name, affiliation/title, address, contact number/fax number, e-mail
Period of Retention and Use	<b><u>Until Dr LEE Jong-wook Fellowship Program Training is completed</u></b>
Right to Refuse Consent	You have right to reject consent to collecting and using personal information stated in this consent form. If you refuse to give consent, it may cause disadvantage for you due to unconfirmed materials for Dr LEE Jong-wook Fellowship Program.

I have read and understood the above consent form and agree  
to collect and use the personal information.

Agree ☐ Disagree ☐

Pursuant to the Article 7 of the Korea Foundation for International Healthcare Act and the Article 15 of the Personal Information Protection Act, I have read and understood the above consent form and hereby agree to collect and use the personal information.

Date	2021. . .	
Name	(Signature)	

**PART III. Consent to Collect and Use  
Personal Information**

# Consent to Collect and Use Personal Information

1. FOR CANDIDATE FELLOWS
2. FOR A RECOMMENDER

## 1. FOR CANDIDATE FELLOWS

### CONSENT TO COLLECT AND USE PERSONAL INFORMATION

- Pursuant to Article 7 of the Korea Foundation for International Healthcare Act and the Article 15 of the Personal Information Protection Act, KOFIH is required to receive 'Consent to Collect and Use Personal Information' and 'Consent to Release Personal Information to a Third Party' from the information providers.
- Please read carefully and complete below documents.

**(1) Consent to Collect and Use Personal Information** \*Until the program is completed

<b>a. Consent to collect and use personal information</b>	
Purpose of Collecting/Using Personal Information	To confirm personal information and evidential documents necessary for Dr LEE Jong-wook Fellowship Program
Personal Information to be Collected	- Application form: photo, name, gender, affiliation, home address, office address, position, date of birth, mobile number, telephone number (home), office number, e-mail, emergency contact (name, relation, e-mail, mobile number) - Other documents: academic credentials, copy of professional license (if applicable), copy of certificate, copy of passport, career certificate (if application), letter of recommendation, score report/certificate of foreign language test (if applicable)
Period of Retention and Use	<b><u>Until Dr LEE Jong-wook Fellowship Program Training is completed</u></b>
Right to Refuse Consent	You have right to reject consent to collecting and using personal information stated in this consent form. If you refuse to give consent, it may cause disadvantage for you due to unconfirmed materials for Dr LEE Jong-wook Fellowship Program.

I have read and understood the above consent form and agree  
to collect and use the personal information.

Agree ☐ Disagree ☐

<b>b. Consent to collect and use personally identifiable information</b>	
Purpose of Collecting/Using Personal Information	To confirm personal information and evidential documents necessary for Dr LEE Jong-wook Fellowship Program
Personal Information to be Collected	<b><u>Passport number</u></b>
Period of Retention and Use	<b><u>Until Dr LEE Jong-wook Fellowship Program Training is completed</u></b>
Right to Refuse Consent	You have right to reject consent to collecting and using personal information stated in this consent form. If you refuse to give consent, it may cause disadvantage for you due to unconfirmed materials for Dr LEE Jong-wook Fellowship Program.

I have read and understood the above consent form and agree  
to collect and use the personal information.

Agree ☐ Disagree ☐

Pursuant to the Article 7 of the Korea Foundation for International Healthcare Act and the Article 15 of the Personal Information Protection Act, I have read and understood the above consent form and hereby agree to collect and use the personal information.

<b>Date</b>	2021. .
<b>Name</b>	(Signature)

(2) Consent to Collect and Use Personal Information \*Until request for destruction

a. Consent to collect and use personal information

Purpose of Collecting/Using Personal Information	To preserve ground for selection of trainees of Dr LEE Jong-wook Fellowship Program; contact to promote Dr LEE Jong-wook Fellowship Program and encourage participation (e.g., Dr LEE Jong-wook Fellowship Alumni, etc.); check training history of trainees and provide relevant training; and keep statistics on invitational healthcare training
Personal Information to be Collected	Name, gender, nationality, photo, affiliated institute, affiliated department, position/title, date of birth, home address, telephone number (home), mobile number, e-mail, academic background (school name, period, major and academic degree), previous international program/study experience (duration of stay), experience (institute name, employment period, title/major responsibility), name of recommender
Period of Retention and Use	<b><u>From consent to personal information collection to request for its destruction</u></b>
Right to Refuse Consent	You have right to reject consent to collecting and using personal information stated in this consent form. If you refuse to give consent, you cannot use various services such as Dr LEE Jong-wook Fellowship Alumni, KOFIH project news, and application to training programs.

I have read and understood the above consent form and agree  
to collect and use the personal information.

Agree ☐ Disagree ☐

b. Consent to collect and use personally identifiable information

Purpose of Collecting/Using Personal Information	To check training history of trainees; provide relevant training; and keep statistics on invitational healthcare training
Personal Information to be Collected	<b><u>Passport number</u></b>
Period of Retention and Use	<b><u>From consent to personal information collection to request for its destruction</u></b>
Right to Refuse Consent	You have right to reject consent to collecting and using personal information stated in this consent form. If you refuse to give consent, it may limit provision of our services such as your application to training programs.

I have read and understood the above consent form and agree  
to collect and use the personal information.

Agree ☐ Disagree ☐

Pursuant to the Article 7 of the Korea Foundation for International Healthcare Act and the Article 15 of the Personal Information Protection Act, I have read and understood the above consent form and hereby agree to collect and use the personal information.

Date	2021. .
Name	(Signature)

(3) Consent to Release Personal Information to a Third Party \*Until request for destruction

a. Consent to release personal information to a third party

Personal Information Recipients	<b><u>Korea Foundation for International Healthcare, National Health Insurance Service, Health Insurance Review and Assessment Service, Korea Human Resource Development Institute for Health &amp; Welfare, Korea Health Industry Development Institute</u></b>
Purpose of Collecting/Using Personal Information	<b><u>To check training history of trainees, provide relevant training, and keep statistics on invitational healthcare training</u></b>
Personal Information to be Collected	Name, Gender, Nationality, Photo, Affiliated institute, Affiliated department, Position/Title, Date of birth, Home address, Telephone number (home), Mobile number, E-mail, Academic background (school name, period, major and academic degree), Previous international program/study experience (duration of stay), Experience (institute name, employment period, title/major responsibility), Name of recommender
Period of Retention and Use	<b><u>From consent to personal information collection to request for its destruction</u></b>
Right to Refuse Consent	You have right to disagree with releasing personal information to a third party. If you choose not to provide the information, you may be unable to use some of our services such as application to training programs.

I have read and understood the above consent form and agree  
to collect and use the personal information.

Agree ☐ Disagree ☐

b. Consent to collect and use personally identifiable information

Personal Information Recipients	<b><u>Korea Foundation for International Healthcare, National Health Insurance Service, Health Insurance Review and Assessment Service, Korea Human Resource Development Institute for Health &amp; Welfare, Korea Health Industry Development Institute</u></b>
Purpose of Collecting/Using Personal Information	<b><u>To check training history of trainees, provide relevant training, and keep statistics on invitational healthcare training</u></b>
Personal Information to be Collected	<b><u>Passport number</u></b>
Period of Retention and Use	<b><u>From consent to personal information collection to request for its destruction</u></b>
Right to Refuse Consent	You have right to disagree with releasing personal information to a third party. If you choose not to provide the information, you may be unable to use some of our services such as application to training programs.

I have read and understood the above consent form and agree  
to collect and use the personal information.

Agree ☐ Disagree ☐

Pursuant to the Article 7 of the Korea Foundation for International Healthcare Act and the Article 15 of the Personal Information Protection Act, I have read and understood the above consent form and hereby agree to collect and use the personal information.

Date	2021. .
Name	(Signature)



## 2. FOR A RECOMMENDER

### CONSENT TO COLLECT AND USE PERSONAL INFORMATION

- Pursuant to Article 7 of the Korea Foundation for International Healthcare Act and the Article 15 of the Personal Information Protection Act, KOFIH is required to receive 'Consent to Collect and Use Personal Information' and 'Consent to Release Personal Information to a Third Party' from the information providers.
- Please read carefully and complete below documents.

#### Consent to Collect and Use Personal Information \*Until the program is completed

Purpose of Collecting/Using Personal Information	To confirm personal information and evidential documents necessary for Dr LEE Jong-wook Fellowship Program
Personal Information to be Collected	Name, affiliation/title, address, contact number/fax number, e-mail
Period of Retention and Use	<u>Until Dr LEE Jong-wook Fellowship Program Training is completed</u>
Right to Refuse Consent	You have right to reject consent to collecting and using personal information stated in this consent form. If you refuse to give consent, it may cause disadvantage for you due to unconfirmed materials for Dr LEE Jong-wook Fellowship Program.

I have read and understood the above consent form and agree  
to collect and use the personal information.

Agree ☐ Disagree ☐

Pursuant to the Article 7 of the Korea Foundation for International Healthcare Act and the Article 15 of the Personal Information Protection Act, I have read and understood the above consent form and hereby agree to collect and use the personal information.

Date	2021. .
Name	(Signature)