

2025년 제주시 제주보건소 치매안심센터 치매예방·인지강화교실 운영 강사 모집 재공고

제주시 제주보건소 치매안심센터에서는 지역주민 및 치매 고위험군에게 치매관리 중요성을 알리고 치매유병률 감소와 노년기 삶의 질 향상을 위해 2025년 치매예방교실 및 인지강화교실 프로그램 운영을 위한 강사를 다음과 같이 모집합니다.

1 강사모집 분야 및 인원

○모집대상 : 총3명

연번	프로그램	강사인원(명)		운영 장소
1	웃음치료 프로그램: -실버레크레이션, 실버요가, 민요교실등	2	-	경로당, 도노인복지관
2	음악 프로그램 -트롯장구를 위한 기본장단배우기 -응용장단 및 트롯에 맞춘 음악활동	-	1	치매안심센터

* 프로그램에 따른 강사 인원수는 대상자 및 경로당의 특성에 따라 조정될 수 있음.

2 운영기간 및 강사수당

- 운영기간 : 2025. 3월~11월
- 운영시간 : 60분/1회
- 강사수당 : 60,000원/1회

강사명	장 소	운영기간	운영횟수
웃음치료 강사1	남성경로당 화북주공3단지경로당 삼양2동경로당 오도룡경로당	3월~5월 (경로당별 시간 상이)	기관별 1~4회 (총13회)
웃음치료 강사2	용담1동경로당 외도1동경로당 산지경로당 제주특별자치도노인복지관	3월~5월 (경로당별 시간 상이)	기관별 1~4회 (총11회)
음악교실 강사	치매안심센터 내 프로그램실	4월~7월, 9월~11월 (매주 화요일 14~15시)	주 1회 (총28회)

* 기관 및 센터 사정에 의해 일정이 변경될 수 있음.

3 모집요강

- 모집기간 : 2025. 2. 25.(화) ~ 2. 27.(목) 18:00시 까지
(점심시간 12:00~13:00 및 토·일·공휴일 접수 불가)
- 접 수 처 : 직접방문 또는 전자우편 접수
 - 방문접수: 제주시 제주보건소 별관2층 치매안심센터 사무실
 - 전자우편접수: hcy4787@korea.kr ※ 접수 후 유선 확인 필수(☎728-8491)
- 제출서류 :
 - 응시원서 1부(붙임1)
 - 자격증 및 면허증 사본
 - 개인정보 수집·이용 동의서 1부(붙임2)
 - 사전 확인서 1부(붙임3)
 - 강의계획서 1부(붙임4)
 - 치매공통교육 이수증 1부
(중앙치매센터 홈페이지->교육->치매안심센터 외부강사 치매공통교육 이수 후 이수증 발급 가능)
- 선정방법 : 제주시 제주보건소 치매안심센터 서류심사 후 선정
- 합격자발표 : 개별통지

4 유의사항

- 지원신청서상의 기재착오, 허위기재 또는 누락 등으로 인한 불이익은 신청자 본인의 책임으로 합니다.
- 기 제출된 서류는 일절 반환하지 않습니다.
※기타 자세한 사항은 제주시 제주보건소 치매안심센터(☎728-8491)로 문의하여 주시기 바랍니다.

응시원서

<필수항목>

지원자 성명		생년월일	
주소	(우편번호) (현거주지)		
연락처	전화번호	전화	휴대전화
	전자우편 (E-mail)		

주요 경력사항	회사명	담당 업무(직무내용)	근무기간(연, 월)
			년 월 ~ 년 월
			년 월 ~ 년 월
			년 월 ~ 년 월

<div> <div>자격증 및 특기사항</div> </div>	관련 자격증		(년 월 취득)			
			(년 월 취득)			
		※ 연구 및 수상실적, 연수 및 강의경험 등 자유롭게 기재 *해당직종에 맞는 특기, 행위, 연구실적, 특허 등 항목을 마련 하여 작성				

<p>자기소개 등 활동사항</p>	<p>※ 응시자가 자유롭게 기술</p>
------------------------	-----------------------

※ 본인이 기재한 사항에 대해서는 서류전형 합격 후 별도의 증빙자료를 제출받아 사실여부를 확인한 예정이니 증빙가능한 사실만 기재

개인정보 수집 및 이용 동의서

개인정보 수집 및 이용 부문 (필수)

※본 치매안심센터에서는 외부강사 채용과 관련하여 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용을 하고자 합니다. 다음의 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 체크, 서명하여 주시기 바랍니다.

□ 개인정보 수집·이용 내역

수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유기간
성명, 생년월일, 주소, 연락처, 학력·경력·자격사항 등	인력채용을 위한 본인확인 및 심사자료	「채용절차에 관한 법률」에 따라 채용 종료 후 180일까지

※ 귀하가 제공한 개인정보는 채용업무에만 활용되며, 정보의 제공자는 상기 내용과 관련 개인정보의 수집·이용에 대하여 거부할 수 있습니다. 단, 위 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부하실 경우 채용에 제한을 받을 수 있습니다.

위와 같이 개인정보를 수집 및 이용하는데 동의하십니까? 동의 ☐ 미동의 ☐

민감정보 수집 및 이용 부문 (선택)

□ 민감정보 처리 안내

수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유기간
범죄경력정보	인력채용을 위한 본인확인 및 심사자료	채용절차 완료시까지 보유

※ 귀하가 제공한 민감정보는 채용업무에만 활용되며, 정보의 제공자는 상기 내용과 관련 민감정보의 수집·이용에 대하여 거부할 수 있습니다. 단, 위 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부하실 경우 채용에 제한을 받을 수 있습니다.

위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까? 동의 ☐ 미동의 ☐

※ 본인은 위와 같이 개인정보 및 민감정보 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 처리에 동의합니다.

도 양 이

성명: (인 또는 서명)

제주시 제주보건소 치매안심센터장 귀하

사전 확인서

본인은 치매안심센터 외부강사 채용 확정일 이전 10년 이내에
성범죄 및 노인학대 관련 범죄경력이 없음을 확인합니다. 만약,
추후 범죄사실이 발견될 경우, 채용이 취소된다고 하더라도 이의
를 제기하지 않겠습니다.

년 월 일

생 년 월 일 :

성 명 : (서명)

제주시 제주보건소 치매안심센터장 귀하

활동계획서

프로그램명		강사명	
활동기간		총 회기	
활동목표	<div> <div>o</div> <div>o</div> <div>o</div> </div>		
활동내용	<div> <div>※활동내용을 상세하게 기재</div> <div>예시1) 1회성의 경우 도입, 전개, 마무리 등 활동시간에 따라 상세한 내용을 기재</div> <div>예시2) 다회기 강사의 경우 주차 또는 회기별 요약 형태로 작성 가능</div> </div>		
평가 및 의견			
차기활동내용			