

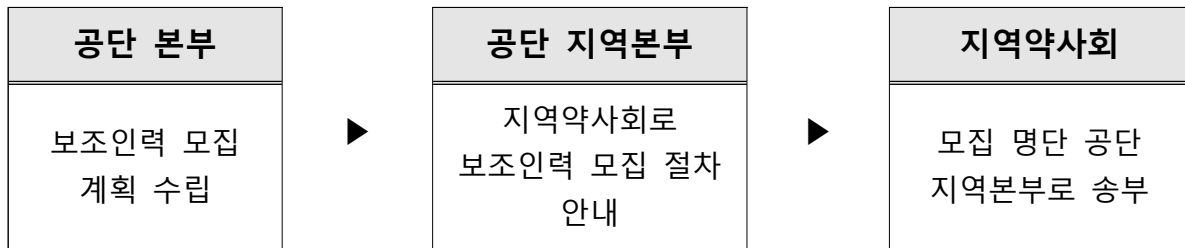
다제약물 관리사업 지역사회모형 보조인력 모집 안내

1 모집 개요

- (역할) 자문약사의 가정방문 상담에 동행하여 업무 지원
- (활동기간) 2026. 3. 23. ~ 2027. 3. 31.
- (활동요건) 약학대학 재학생(학년무관)으로 학과장 추천을 받은 자
 - 공단 필수교육 이수*하고 등록일로부터 매월 2회 이상 출장** 가능해야 함
 - * ①다제약물 관리사업 소개 및 업무 절차 안내, ②개인정보보호 교육 총 2과목
 - ** 효율적인 운영을 위해 일정 건수 기준 마련, 지역본부 운영사정에 따라 변경 가능
- (모집기간) 2026. 2. 23. ~ 3. 23. ... 신청기간 이후에도 수시 접수 가능

2 모집 절차

- (수행주체별 업무 흐름도)



- 참여 희망자 명단 접수 (대한약사회 지부 → 지역본부)
- 필수교육 실시 및 필수서류 징구 (지역본부 → 보조인력)
 - (교육이수) 지역본부 별 모집 일정에 따라 본부-지역본부 간 일정 조율하여 대면 또는 비대면 실시간 영상 교육 실시
 - ※ 전년도 참여 인력도 '26년도 교육 참여 필수

3

제출 서류 안내

○ 보조인력 제출 서류

- 신분증·통장 사본
- 학과장 추천서
- 다제약물 관리사업 참여신청서 및 개인정보 수집·이용동의서(첨부2)
- 보안각서(첨부3)
- 계좌입금의뢰신고서(첨부4) ... 원본제출(등기발송, 약사회 취합제출 가능)

※ 주소: (30100)세종특별자치시 세종로 1234-5(아름동) 4층 건강지원센터(이세미 대리)

- 첨부 1. 보조인력 동행방문 운영 절차 1부.
2. 다제약물 관리사업 참여신청서 및 개인정보 수집·이용 동의서(서식) 1부.
3. 보안각서(서식) 1부.
4. 계좌입금의뢰신고서 1부. 끝.

첨부 1 보조인력 동행 운영 절차

□ 참여자 기준

- (자문약사) '25. 4월 ~ 12월 기준 가정방문 수행 경력* 2회 이상인 자
 - * 공단 직원 동행, 다른 자문약사와 동행 포함
- (보조인력) 약학대학 재학생(학년무관)으로 학과장 추천을 받은 자
 - 공단 필수교육 이수*하고 등록일로부터 매월 2회 이상 출장** 가능해야 함
 - * ①다제약물 관리사업 소개 및 업무 절차 안내, ②개인정보보호 교육 총 2과목
 - ** 효율적인 운영을 위해 일정 건수 기준 마련, 지역본부 운영사정에 따라 변경 가능
 - ※ 참여자 기준자문약사, 보조인력은 향후 다제약물 관리사업 업무 매뉴얼 개정에 따라 변동 될 수 있음

□ 수행자 별 역할

- (자문약사) 약물 점검 및 상담, 약물내역 작성, 상담기록지 작성, 상담물품준비 등
- (보조인력) 자문약사 등 상담전문가와 가정방문 상담 동행, 의약품 식별 등 상담 지원

첨부 2

다제약물 관리사업 참여 신청서 및 개인정보 수집·이용동의서

다제약물 관리사업 참여 신청서 및 개인정보 수집·이용 동의서

성명		전화번호	-
생년월일		면허번호	해당 시 기재
은행명		계좌번호	
요양기관 종별	해당 시 기재	소속 또는 요양기관명	해당 시 기재
요양기관 전화번호	해당 시 기재	요양기관 기호	해당 시 기재
주 소(소재지)	해당 시 기재		

□ 개인정보의 수집 및 이용 내역

개인정보를 제공받는 자	국민건강보험공단		
개인정보의 수집 및 이용목적	다제약물 관리사업 참여 관리를 위한 본인 식별		
제공하는 개인정보의 범위 및 항목(개인정보)	필수항목	기본정보(성명, 생년월일, 전화번호, 면허번호, 은행명, 계좌번호)	
	선택항목	요양기관 정보(종별, 기관명, 전화번호, 기호, 주소)	
개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간			5년

※ 위의 개인정보 수집 및 이용에 대해서 거부하실 수 있습니다. 그러나 필수항목에 대한 동의를 거부할 경우 다제약물 관리사업 참여 신청이 제한될 수 있습니다.

- 본인은 「다제약물 지원사업」 참여 신청자로, 개인정보보호법 제15조에 의거하여 본인의 개인정보를 수집 이용에 동의합니다.

필수항목: 동의함 동의 안함, **선택항목:** 동의함 동의 안함

다제약물 관리사업에 등록된 개인의 정보파일(DB)은 위의 명시된 목적 이외에 다른 목적으로는 사용되지 않습니다. 「개인정보보호법」 등 관련법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집·이용 및 제공에 관한 동의여부에 관하여 최종 확인하였습니다.

본인은 국민건강보험공단「다제약물 관리사업」에 참여를 신청합니다.

신 청 일

년 월 일

신 청 인

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 대전세종충청지역본부장 귀하

첨부 4**계좌입금의뢰신고서**계좌입금의뢰신고서

귀 공단과의 계약거래에 따른 본인(사)의 채권에 대하여 아래에 지정하는 계좌로 입금시켜 주실 것을 의뢰합니다.

개 인	성 명	(인)
	주민등록번호	
	주 소	
	전화번호	
	계좌번호	은행
	예금주	

※ 유의사항

- ① 본 신고서에 기입된 계좌 외 추가·변경 등록이 필요한 경우 신고서를 다시 작성하여 제출하시기 바랍니다.
- ② 전항의 신고 전에 신고사항의 변경으로 인한 손해에 대하여 국민건강보험공단은 그 책임을 지지 않습니다.
- ③ 예금주명, 은행명 및 계좌번호 등을 확인할 수 있는 증빙서류(통장사본 등)를 같이 제출하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

사업담당자 확인

국민건강보험공단 귀중