

# 2026년 문산보건센터 「문산노을길 달빛 운동교실」 강사 모집공고

문산보건센터에서 운영하는 문산노을길 달빛 운동교실에 동참할 유능한 강사를 모집하오니 많은 지원 바랍니다.

2026. 4. 1.

파 주 보 건 소 장

## I 모집 내용

### 1. 모집내용

#### 가. 운영기간

- 상반기: 2026.4.14.~7.9.
- 하반기: 2026.8.4.~10.29.

※ 야외 프로그램 특성상 우천 등 기상상황에 따라 해당 회차 수업은 취소될 수 있으며 별도의 보충수업은 실시하지 않음

나. 운영장소: 문산노을길 야외광장

다. 운영방식: 프로그램 별도 접수 없이 자율 참여 형태로 진행

모집분야	모집인원	내 용	운영일정	비고
라인댄스	1명	남녀노소 누구나 참여할 수 있는 라인댄스	화/목 (19:00~19:50)	

### 2. 선발기준

- 건강생활실천 프로그램 지도에 적합한 운동 관련 자격증 소지 또는 생활스포츠 지도자 자격증 2급 소지자 이상
- 야외 운동 지도 유경험자 우대
- 기업체·공공기관 운동 프로그램 운영 경험자 우대

### 3. 선발방법: 서류 및 면접

- 서류전형: 응시자의 자격, 경력 등 제출서류 심사
- 면접: 1차 서류심사 합격자에 한해 실시

면접 시 질의응답을 통해 평가점수가 우수한 순으로 합격자 결정

※ 모집인원과 응시인원이 동일하고 서류심사 결과 적격자가 있는 경우, 면접심사를 생략할 수 있음.

※ 서류(자격증, 경력 증명서 사본 등) 미제출자, 면접 불참자 불합격 처리

## II 접수방법 및 제출서류

---

### 1. 접수기간 및 접수방법

- 공고기간: 2026. 4. 1.~2026. 4. 7.
- 모집기간: 2026. 4. 1.~2026. 4. 7. 18시 도착분에 한함
- 접수방법: 전자메일 (inyoungy17@korea.kr)

### 2. 제출서류

- ① 강사지원서 [붙임1]
- ② 강의계획서 [붙임2]
- ③ 자기소개서 [붙임3]
- ④ 개인정보 수집 및 이용 동의서 [붙임4]
- ⑤ 관련분야 자격증 사본, 경력 증명서(미제출시 불합격 처리)

※ 강사지원서는 공공기관 블라인드 채용 가이드라인에 준하여 작성되었습니다

### 3. 합격자 발표

- 서류전형 합격자 발표: 2026년 4월 8일(수) 합격자 개별통보
- 면접 일정(예정): 2026년 4월 9일(목) 13시
- 최종 합격자 발표: 2026년 4월 9일(목) 개별통보

### Ⅲ 유의사항

- 강사료는 보건소 외부강사수당 지급기준(1시간 60,000원, 야외 가산 포함)에 따라 지급하며, 실제 프로그램 운영 회차에 한하여 강사수당을 지급함. [2023년 파주시보건소 강사수당 등 지급기준(안) 적용]
- 강사 선정 후 서류 내용이 사실과 다른 경우, 강사 선정을 취소할 수 있습니다.
- 제출서류는 일체 반환하지 않으며, 누락 및 기재 착오, 연락불능 등으로 인한 불이익은 응시자 본인의 책임으로 합니다.
- 프로그램 일정은 양측 사정에 따라 추후 협의 가능합니다.
- 프로그램 모집결과 모집인원의 50% 미만인 프로그램은 폐강될 수 있습니다.
- 기타 문의사항은 파주보건소 문산보건센터 보건관리팀(☎ 031-940-5606)으로 문의하시기 바랍니다.

**본 모집은 문산보건센터 운동프로그램 운영을 위한  
우수한 강사진 모집을 위한 선발과정으로 직원모집이 아님을 알려드립니다.**

- 붙임 1. 강사지원서 1부 (붙임1)  
2. 강의계획서 1부 (붙임2)  
3. 자기소개서 1부 (붙임3)  
4. 개인정보 수집 및 이용 동의서 1부 (붙임4). 끝.

【붙임 1】

운동 프로그램 강사지원서			
지원분야	□ 문산노을길 달빛 운동교실		
1. 기본정보			
성 명			
생년월일	(만 세)	성 별	남 . 여
주 소			
연 락 처	자 택)	휴대폰)	
e-mail			
추가항목	□ 장애대상 □ 보훈대상		
2. 경력사항 (해당자에 한함)			
기 간	근무처	직위	업무내용
~			
~			
~			
~			
3. 관련 자격증 (관련분야 자격증에 한함)			
취득일자	자격증명	발급기관	
~			
~			
~			
~			

20    년    월    일

신청인 :

(서명 또는 인)

파주보건소장    귀하

※ 지원분야와 관련된 사항만 작성 요망

【붙임 2】

## 강 의 계 획 서

<b>강좌명</b>			
<b>강의개요</b>			
<b>강의목표</b>	:		
<b>강의시간</b>	: ~ : (총 시간)	<b>강사명</b>	
<b>프로그램 운영계획</b>			
<b>강의내용</b>			
<b>수업방식</b>			
<b>교육과정</b>	<b>내용</b>	<b>수업방법</b>	<b>비고</b>
		이론,실습,ppt,토론,등	개인준비
<b>수업 관련 이미지(선택사항)</b>			



※ 워드프로세서 또는 자필로 작성

20    년    월    일

【붙임 4】

## 개인정보 수집 및 이용 동의서

### 개인정보 수집 및 이용 부문 (필수)

※ 파주보건소 문산보건센터에서는 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·심사자료 . 제출서류(경력, 자격증 및 기타 제출 서류 등) 진위 여부 검증	「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

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

20    년    월    일

성 명: \_\_\_\_\_ (서명)

**파주보건소장 귀하**