

2025년 공중보건장학생 선발 공고

「2025년 공중보건장학제도 시범사업」 장학생을 다음과 같이 공개 모집하니, 공공보건의료 분야에 사명감과 열정을 갖고 계신 의과대학 및 간호대학 재학생의 적극적인 신청을 바랍니다.

2025년 3월 27일

보건복지부장관

1. 사업명 : 2025년 공중보건장학제도 시범사업

2. 사업 목적

- 공중보건장학생을 선발해 장학금을 지원하고 공공보건의료에 대한 이해와 전문성을 갖춘 인재로 양성하여, 졸업 후 지역 공공보건의료 기관에서 일정기간 의무복무하게 함으로써 지역 의료인력 확충 강화

3. 사업 근거 : 「공중보건장학을 위한 특례법」

4. 사업내용

- 지원 대상 : 전국 의과대학(의학전문대학원) 및 간호대학(간호학과) 재학생
※ 대한민국 국적 소지자(주민등록상 해외이주 신고자 및 영주권자 제외)
- 시도별 최대 선발인원

(단위: 명)

시도	계	인천	대전	경기	강원	충북	전북	경북	경남	제주
의대생	11	2	2	1	2	1	1	2	-	-
간호대생	19	2	-	1	-	5	3	2	2	4

* 예산 범위 내 선발, 지원자 현황에 따라 시도별·학과별 최종 선발인원은 변동 가능

- 지원 금액 : 의과대학(의학전문대학원)생 1인당 1,020만 원/학기
간호대학(간호학과)생 1인당 820만 원/학기

* 타 장학금 수혜 여부, 학교별 등록금 차이 등과 무관하게 동일 금액 지급
타 장학금과 중복 수혜 가능 여부는 타 장학금 소관 기관에 문의
단, 일부 지자체에서 운영하고 있는 본 제도와 유사한 장학 사업과 중복 지원 불가

- 지원조건

- 졸업 후 장학금 수혜 기간(최소 2년* ~ 최대 5년)만큼 장학금을 지원한 시도 내 공공보건의료 수행기관(지방의료원 등)에서 의무복무를 이행해야 하며, 국립중앙의료원에서 실시하는 장학생 대상 교육 및 멘토링 활동 등에 적극 참여해야 함

* 장학금 수혜 기간이 2년 미만인 경우에도 최소 2년 의무복무

- 장학금은 선발된 학기부터 지원받는 것이 원칙으로 장학생 요청으로 지원 시기를 미루는 것은 불가하며, 매 학기 성적이 백분위 70점 미달 시에는 다음 학기 장학금은 지급 정지함

- 의무복무 기관은 시도에서 의료기관의 인력 수요, 의무복무 대상자의 선호, 시도 의견 등을 종합하여 결정 후 배치함

* 의무복무 지역(시도) 내 공공의료기관에서 전공의 수련 시, 수련 기간의 4분의 1을 의무복무 이행한 것으로 인정 가능(이 경우에도 실제 의무복무 기간은 최소 2년)

- 졸업 후 의사·간호사 면허를 취득하면 바로 의무복무를 시작하는 것이 원칙, 다만 법령·지침에서 정한 유예 사유가 발생한 경우, 그 사유가 해소될 때까지 유예할 수 있음

※ 유예 사유가 해소되기 전까지 매년 '유예 사유 보고서' 제출 필수

* 「공중보건장학을 위한 특례법」 제6조 및 사업 지침에 따른 의무복무 유예 사유
① 질병 또는 심신장애, ② 병역의무 이행, ③ 면허 자격 정지,
④ 전문의 수련 또는 세부 전문의(펠로우) 수련, ⑤ 조산 수습, ⑥ 본인 출산

- 법 제8조에 따른 장학금 반환 사유 발생 시 지급받은 장학금 전부와 법정이자를 반환해야 하며, 의무복무 조건 불이행 시에는 법 제10조에 따라 면허취소를 할 수 있음

- * 「공중보건장학을 위한 특례법」 제8조에 따른 장학금 반환 사유
 ① 퇴학/제적, ② 전과(轉科), ③ 휴학 등에 따른 장학금 정지 후 2년 경과,
 ④ 의료법 제8조에 따른 결격사유, ⑤ 품행 불량 등으로 장학생 품위 손상,
 ⑥ 다른 나라 국적이나 영주권 취득, ⑦ 의무복무 불이행, ⑧ 면허 취소

5. 신청 개요

- 신청 방법 : 지원자는 시도별 최대 선발인원을 확인하고, 추후 의무복무 하고자 하는 1개 시도를 선택하여 의과대학(의학전문대학원) 및 간호대학(간호학과) 행정실에 지원서 등 제출
- 제출서류 : 지원자는 '신청' 단계의 1~4번(1호~1-3호 서식)은 서명을 포함하여 한글파일로 제출, 5~6번은 PDF로 제출

단계	신청	학교 추천	1차 평가 및 시도 추천	복지부
준비 서류	<한글파일(서명 포함)> 1. 장학생 지원서(1호) 2. 장학금 신청 동의서(1-1호) 3. 개인정보 동의서(1-2호) 4. 자기소개서(1-3호) <PDF> 5. 대학교 성적증명서(재학생), 전적 대학교 성적증명서(당해연도 편입생), 고등학교 성적증명서(신입생) 6. 고등학교 졸업증명서	1. 학생 제출서류 2. 장학생 추천서(학교용)(2호) 3. 학생별 추천사유서(자유양식, 1페이지 이내) * 신입생, 당해연도 편입생 생략 가능	1. 학교 제출서류 2. 장학생 추천서(시도용)(3호) ※ 시도에서 서류 등 1차 평가 후 최대 선발인원의 1.5배수 이내 지원자를 복지부에 추천	면접 평가 ↓ 최종 선정

- 신청 기한 : **2025년 4월 18일(금) 17:00**, 의과대학(의학전문대학원) 및 간호대학(간호학과) 행정실 제출분에 한함 ※ 제출기한 엄수

6. 선정 방법

- 시도에서 1차 평가(서류평가 등) 실시해 최대 선발인원의 1.5배수 이내 지원자를 추천대상자로 선발하여 우선순위 부여 후 복지부에 추천
 ※ 1차 평가 결과는 시도에서 지원자에게 통보

- 공중보건장학생 선발평가위원회(내외부 전문가)에서 면접 평가 실시
→ 평가 결과를 토대로 복지부에서 장학생 최종 선정
- 선발평가위원회 면접 평가일 : 2025년 5월 24일(토)
※ 국립중앙의료원에서 면접 평가대상자에게 평가 시간 및 장소 등 개별 통보
- 최종 결과는 시도를 통해 대학과 지원자에게 통보(6월 2주 예정)

7. 온라인 설명회 및 문의처

- 온라인 설명회
 - 일정·시간 : 2025년 4월 7일(월)~4월 9일(수), 오후 5시(총 3회)
 - 접속 방법 : Zoom 접속
* 링크 : <https://us06web.zoom.us/j/84818623643?pwd=0py2yE3uiqG3h02V9RB6bmbTJVd83p.1>
* ID/PW : Zoom 앱 실행 → 회의ID(848 1862 3643) 입력 → 암호(2025) 입력
* 일시 접속에 따른 장애 등을 고려, 3회 진행 (원하는 일자에 자율 접속)
 - 설명회 자료 및 FAQ 자료집은 공공보건의료교육훈련센터 홈페이지 (www.edunmc.or.kr) 공지사항에 게시
- 수행 주체별 문의처

* 상시 변경될 수 있으므로 유선으로 확인 권장

기관		담당과	전화번호
중앙부처	보건복지부	공공의료과	044-202-2534
사무국	국립중앙의료원	공공보건의료교육훈련센터	02-6362-3777
시·도	인천광역시	보건의료정책과	032-440-2716
	대전광역시	의료정책과	042-270-4043
	경기도	공공의료과	031-8008-4783
	강원특별자치도	공공의료과	033-249-2394
	충청북도	보건정책과	043-220-3134
	전북특별자치도	보건의료과	063-280-2455
	경상북도	보건정책과	054-880-3785
	경상남도	의료정책과	055-211-5054
	제주특별자치도	보건정책과	064-710-2915

공중보건장학금 신청 동의서

본인은 보건복지부 「공중보건장학제도 시범사업」 신청인으로서 다음 내용에 대해 충분히 이해하였고, 이에 동의합니다.

1. 공공보건의료 교육훈련 프로그램 참여

본인은 공중보건장학생으로 선발되었을 경우 국립중앙의료원 공공보건의료교육훈련 센터에서 안내·제공하는 교육과정에 성실히 참여하고, 교육을 이수할 것에 동의합니다.

2. 의무복무 및 의무복무 유예

본인은 장학금을 지원받은 기간만큼 지원한 시도의 지방의료원 등에서 의무복무(최소 2년 ~ 최대 5년)를 하여야 하며, 의무복무는 면허 취득 후 바로 시작함을 원칙으로 하되, 「공중보건장학을 위한 특례법」 제6조 및 사업 지침에서 규정한 유예 사유가 발생한 경우, 그 사유가 해소될 때까지 의무복무 유예가 가능(단, 유예 기간 중 매년 유예 사유 보고서 제출 필수)함을 이해하였고, 이에 동의합니다.

3. 공중보건장학금의 지급 시기

본인은 시도별로 예산 상황에 따라 공중보건장학금 지급시기가 다를 수 있음을 이해하였고, 이에 동의합니다.

4. 공중보건장학금의 국고 반환 및 면허 취소

본인은 「공중보건장학을 위한 특례법」 제8조에 따른 장학금 반환 사유 발생 시에는 지급받은 장학금과 법정이자를 반환하여야 하며, 같은 법 제10조에 따라 의무복무 조건 불이행 시 면허 취소가 가능함을 이해하였고, 이에 동의합니다.

5. 의무복무 기관 배치

본인은 의무복무 기관이 주로 지방의료원 등이며, 향후 의무복무 기관 배치 시 배치될 시도 및 공공보건의료기관의 상황에 따라 본인이 지망하는 의료기관과 다른 의료기관에 배치되어 의무복무를 이행해야 할 수 있음을 이해하였고, 이에 동의합니다.

6. 의무복무 근무부서 배치(의대생·의전원생의 경우)

본인은 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」에 따라 자율적으로 전문의 전문과목을 선택하고 수련을 받을 수 있으나, 향후 의무복무 시 근무할 시도 및 공공보건의료기관의 상황에 따라 본인의 전문의 자격과 다른 진료과에 배치되어 근무해야 할 수 있음을 이해하였고, 이에 동의합니다.

위 내용에 동의합니다.

년 월 일

신청인 성명 : (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

〈별지 제1-2호 서식〉 개인(신용)정보 수집·이용 및 제공 동의서(지원자용)

개인(신용)정보 수집 · 이용 및 제공 동의서	
<p>공중보건장학생 선발과 관련하여 본인의 개인정보를 수집·이용하거나 제3자에게 제공·조회하고자 하는 경우에는 「개인정보 보호법」 제15조, 제17조, 제24조, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조, 제33조 및 제34조에 따라 본인의 동의를 얻어야 합니다.</p> <p>이에 본인은 아래와 같이 본인의 개인정보를 수집·이용 또는 제공·조회하는 것에 동의합니다.</p>	
수집·이용 및 제공·조회 목적	· 공중보건장학생 선발
수집·이용 및 제공·조회할 개인정보항목	· 개인식별정보 : 성명, 생년월일, 재학 학교, 학년, 주소, 전화번호, 전자우편 주소 등 ※ 동 사실에 대하여 별도 통보를 하지 않으며 본 동의 이전에 발생한 개인(신용)정보도 포함됩니다.
보유·이용 기간	· 위 개인정보는 선발된 경우 동의일로부터 의무복무 종료 기간까지, 탈락한 경우 동의일로부터 선발결과 통지일까지 위 이용목적을 위하여 보유·이용됩니다. 단, 의무복무 종료 이후에도 법령상 의무이행에 따라 보유·이용할 수 있습니다.
제3자 제공	· 제공받는 자 : 국립중앙의료원 공공보건의료교육훈련센터 · 제공 목적, 항목, 보유·이용 기간 : 상동
동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익	· 위 개인정보의 수집·이용 및 제공·조회에 관한 동의는 거부하실 수 있으며, 다만 동의하지 않으시는 경우 장학생 선발 등과 관련하여 불이익을 받으실 수 있습니다.
수집·이용 및 제공·조회 동의 여부	위와 같이 본인의 개인정보를 수집·이용하고 제공·조회하는 것에 동의합니다. (동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)
<p>본인은 본 동의서의 내용을 이해하였으며, 개인(신용)정보 수집·이용 및 제공에 관한 안내문에 관하여 자세히 설명을 들은 것으로 합니다.</p> <p style="text-align: center;"> 년 월 일</p> <p style="text-align: center;"> 장학생 (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">보건복지부장관, ○○시·도지사 귀하</p>	

〈별지 제1-3호 서식〉 공중보건장학생 지원자 자기소개서

공중보건장학생 지원자 자기소개서	
① 학창시절 활동	
작성 가이드: 글자크기 13포인트, 글자 수 600자(공백 제외). ※ 직·간접적으로 개인 인적사항(성명, 연령, 성별, 출신학교 등) 작성 불가	
② 대학 재학 활동 및 계획	
작성 가이드: 글자크기 13포인트, 글자 수 300자(공백 제외) ※ 직·간접적으로 개인 인적사항(성명, 연령, 성별, 출신학교 등) 작성 불가	
③ 졸업 이후 활동 계획	
작성 가이드: 글자크기 13포인트, 글자 수 300자(공백 제외) ※ 직·간접적으로 개인 인적사항(성명, 연령, 성별, 출신학교 등) 작성 불가	

〈별지 제2호 서식〉 공중보건장학생 추천서(학교용)

(의과대학(의학전문대학원) 및 간호대학(간호학과)→시·도)

공중보건장학생 추천서(○○대학교)					
성명	생년월일	학과	학년	거주지 (사·도, 시군구 기재)	희망 지원 기간

위 사람은 본교 재학생으로서 「공중보건장학을 위한 특례법」 제4조에 따라 공중보건장학생으로 추천합니다.

 년 월 일

대학교 의과대학장(의학전문대학원장) 혹은 간호대학장(간호학과장) 인

○○시·도지사 귀하

<첨부서류>

1. (대학교) 학생별 추천사유서(자유 양식)
2. <별지 1호 서식> 공중보건장학생 지원서
3. <별지 1-1호 서식> 공중보건장학생 신청 동의서
4. <별지 1-2호 서식> 개인(신용)정보 수집·이용 및 제공 동의서(지원자용)
5. <별지 1-3호 서식> 공중보건장학생 지원자 자기소개서
6. 대학교 성적증명서(재학생), 전적 대학교 성적증명서(당해연도 편입생), 고등학교 성적증명서(신입생)
7. 고등학교 졸업증명서

