

개인정보 열람 요구서

※ 아래 작성방법을 읽고 굵은 선 안쪽의 사항만 적어 주시기 바랍니다. (앞 쪽)

|      |                                               |           |        |
|------|-----------------------------------------------|-----------|--------|
| 접수번호 | 접수일                                           | 처리기간      | 10일 이내 |
| 정보주체 | 성 명                                           | 전 화 번 호   |        |
|      | 생년월일                                          |           |        |
|      | 주 소                                           |           |        |
| 대리인  | 성 명                                           | 전 화 번 호   |        |
|      | 생년월일                                          | 정보주체와의 관계 |        |
|      | 주 소                                           |           |        |
| 요구내용 | <input type="checkbox"/> 개인정보의 항목 및 내용        |           |        |
|      | <input type="checkbox"/> 개인정보 수집·이용의 목적       |           |        |
|      | <input type="checkbox"/> 개인정보 보유 및 이용 기간      |           |        |
|      | <input type="checkbox"/> 개인정보의 제3자 제공 현황      |           |        |
|      | <input type="checkbox"/> 개인정보 처리에 동의한 사실 및 내용 |           |        |

「개인정보 보호법」 제35조 제2항과 같은 법 시행령 제41조제3항에 따라 위와 같이 요구합니다.

년 월 일

요구인

(서명 또는 인)

의료원장 귀하

작성 방법

- 1. ‘대리인’ 란은 대리인이 요구인일 때에만 적습니다.
- 2. ‘요구내용’ 란은 열람하려는 사항을 선택하여 ☒ 표시를 합니다. 표시를 하지 않은 경우에는 해당 항목의 열람을 요구하지 않은 것으로 처리됩니다.