

희귀질환자 의료비지원사업 등록 개인정보 처리 동의서(환자용)									
성명									
주소									
연락처									
<p>1. 개인정보 수집·이용 목적</p> <ul style="list-style-type: none"> - 희귀질환자 의료비지원사업 정책에 필요한 경우 활용 - 진단 및 유관지원사업에 필요한 경우 활용 <p>2. 수집하려는 개인정보의 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> - 성명, 주소, 전화번호, 휴대폰번호 <p>3. 개인정보 보유 및 이용기간 : 2년</p> <p>4. 개인정보 수집·이용 동의를 거부할 권리가 있으며 동의를 거부할 경우 희귀질환자 의료비지원사업 대상자에서 제외됩니다.</p>									
개인정보 ¹⁾ 의 수집(타 기관으로부터 수집 포함)·이용에 동의합니다.		<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음							
희귀질환자 의료비지원사업 등록 개인정보 제3자 제공 동의									
1. 개인정보를 제공하는 자	2. 제공받는자의 개인정보 이용 목적	3. 제공하는 개인정보의 항목	4. 제공받는자의 보유 및 이용 기간						
보건복지부	국가정책 및 유관사업 등에 활용	성명, 주소, 연락처	2년						
개인정보의 제3자 제공에 동의합니다.		<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음							
미성년자의 개인정보 처리 동의									
<p>5. 대상자가 해당 확인서 작성시점에 만 14세 미만 아동인 경우 법정대리인을 동행하여야 하며, 법정대리인의 동의를 받은 경우에만 개인정보의 처리가 가능합니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">구분</th><th style="width: 30%;">성명</th><th style="width: 40%;">대리인과의 관계</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">법정대리인</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				구분	성명	대리인과의 관계	법정대리인		
구분	성명	대리인과의 관계							
법정대리인									
법정대리인으로 대상자의 개인정보 수집·이용, 개인정보 제3자 제공에 동의합니다.		<input type="checkbox"/> 확인함 <input type="checkbox"/> 확인하지 않음							
<p>※ 희귀질환자 의료비지원사업에 등록된 개인정보파일은 위의 명시된 목적 외 제3자에게 제공되거나 이용되지 않습니다.</p> <p style="margin-top: 20px;">위의 사항을 확인 합니다.</p> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 년 월 일 </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">동의인 : _____ (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">() 특별자치시장 · 특별도지사 · 시장 · 군수 · 구청장(보건소장) 귀하</p>									

1) 개인정보보호법 제2조에 의한 "개인정보"란 살아 있는 개인에 관한 정보로서 성명, 주민등록번호 및 영상 등을 통하여 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 쉽게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함)를 말함(성명, 주소, 전화번호, 휴대번호)