

희귀질환자 의료비지원사업 등록 개인정보 처리 동의서(환자용)											
성명											
주소											
연락처											
<p>질병관리청은 희귀질환자 의료비지원사업 등록과 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용·제공하고자 합니다. 내용을 자세히 확인하신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.</p> <p>■ 개인정보 수집·이용 내역</p> <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">- (필수) 성명, 주소, 연락처(전화번호/휴대폰번호) <p>3. 개인정보 보유 및 이용기간 : 작성일로부터 2년</p> <p>※ 개인정보 수집·이용 동의를 거부할 권리가 있으며 동의를 거부할 경우 희귀질환자 의료비지원사업 대상자에서 제외됩니다.</p> <p>☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?</p> <div><div>(필수 개인정보¹⁾ 수집·이용 동의</div><div><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니요</div></div>											
<p>■ 개인정보 제3자 제공 내역</p> <table><thead><tr><th>제공받는 자</th><th>제공 목적</th><th>항목</th><th>보유기간</th></tr></thead><tbody><tr><td>보건복지부</td><td>국가정책 및 유관사업 등에 활용</td><td>성명, 주소, 연락처</td><td>2년</td></tr></tbody></table> <p>※ 위 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 희귀질환자 의료비지원사업 대상에서 제외될 수 있습니다.</p> <p>☞ 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까?</p> <div><div>제3자 제공 동의</div><div><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니요</div></div>				제공받는 자	제공 목적	항목	보유기간	보건복지부	국가정책 및 유관사업 등에 활용	성명, 주소, 연락처	2년
제공받는 자	제공 목적	항목	보유기간								
보건복지부	국가정책 및 유관사업 등에 활용	성명, 주소, 연락처	2년								
<p>■ 법정대리인 동의 (만 14세 미만인 경우 개인정보보호법 제22조 제6항에 의거 법정대리인의 동의가 필요합니다.)</p> <table><thead><tr><th>법정대리인 성명</th><th>연락처</th><th>관계</th></tr></thead><tbody><tr><td>(인/서명)</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>※ 희귀질환자 의료비지원사업에 등록된 개인정보파일은 위의 명시된 목적 외 제3자에게 제공되거나 이용되지 않습니다.</p> <p>위의 사항을 확인 합니다.</p> <div>년 월 일</div> <p>동의인 : (서명 또는 인)</p> <p>() 특별자치시장·특별도지사·시장·군수·구청장(보건소장) 귀하</p>				법정대리인 성명	연락처	관계	(인/서명)				
법정대리인 성명	연락처	관계									
(인/서명)											

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, 휴대폰번호)