

개인영상정보 열람·존재 확인 청구서

접수일		처리기간 10일 이내
-----	--	-------------

정보주체	성명 :	전화번호 :
	생년월일 :	
	주소 :	

대리인	성명 :	전화번호 :
	생년월일 :	정보주체와의 관계 :
	주소 :	

요구내용	<input type="checkbox"/> 열람	<input type="checkbox"/> 개인정보의 항목 및 내용 <input type="checkbox"/> 개인정보 수집, 이용의 목적 <input type="checkbox"/> 개인정보 보유 및 이용기간 <input type="checkbox"/> 개인정보의 제3자 제공 현황 <input type="checkbox"/> 개인정보 처리에 동의한 사실 및 내용
	<input type="checkbox"/> 존재 확인	

개인정보 보호법 제35조 제1항, 제2항, 제36조 제1항 또는 제37조 제1항과 같은 법 시행령 제41조 제1항, 제43조 제1항 또는 제44조 제1항에 따라 위와 같이 요구합니다.

년 월 일

요 구 인 : (인)

한림대학교춘천성심병원장 귀하