

개인정보 및 진료(시술)기록 수집·이용·제공 동의서

(학생 건강검사 관련 - 임실군보건의료원)

(개인정보 수집·이용) 본인은 임실군보건의료원에서 시행하는 학생건강검진사업과 관련하여, 본인의 개인정보(성명, 주소, 주민등록번호, 전화번호, 등)를 수집·이용 할 필요가 있음을 이해하였기에 개인정보 수집·이용에 동의합니다.

- 수집·이용목적 : 학교보건법제7조(건강검사의 실시등)에 의거 학생건강 검사에 필요한 개인정보
- 수집하려하는 개인정보의 항목 : 성명, 주민등록번호, 진료 및 시술 기록 등
- 개인정보의 보유 및 이용기간 : 개인정보 중 성명, 주민등록번호, 진료·시술기록은 영구보존이 필요한 경우 영구보존 할 수 있습니다.
- 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 동의 거부 시 건강검진을 실시 할 수 없음을 알려드립니다.

- 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음
- 고유식별정보 처리에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음
- 민감정보 처리에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

(개인정보 제공) 학생건강검진을 위해 본인의 개인정보 및 진료기록이 일반병원(시술기관)에 제공될 필요가 있음을 이해하였기에, 임실의료원에서 본인의 개인정보 및 진료기록을 제공하는데 동의합니다.

- 수집·이용목적 : 학교보건법제7조(건강검사의 실시등)에 의거 학생건강 검사에 필요한 개인정보
- 수집하려하는 개인정보의 항목 : 성명, 주민등록번호, 진료 및 시술 기록 등
- 개인정보의 보유 및 이용기간 : 개인정보 중 성명, 주민등록번호, 진료·시술기록은 영구보존이 필요한 경우 영구보존 할 수 있습니다.
- 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 동의 거부 시 건강검진을 실시 할 수 없음을 알려드립니다.

- 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음
- 고유식별정보 처리에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음
- 민감정보 처리에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음
- 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

※ 14세 미만의 학생은 학부모 동의가 필요합니다.

20 년 월 일

학 생 성명 : (서명 _____)

학 부 모(법정대리인) 성명 : (서명 _____)

임실군보건의료원장 귀하