

학교 구강보건사업 안내 및 개인정보 제공 동의서

우리나라 어린이의 약 60%는 치아우식증(충치)를 경험하였고, 약 20%는 현재도 충치를 가지고 있어, 상당수의 어린이가 치아우식증(충치)로 인해 어려움을 겪고 있습니다.

이에 치아우식증을 예방하고자 완주군 보건소는 전교생을 대상으로 학교구강보건사업(구강보건교육 및 불소도포, 홈메우기)을 실시하게 되어 안내드리오니, 자녀의 구강건강 관리에 참고하시기 바랍니다.

위 사업과 관련하여, 만14세 미만 자녀의 개인정보를 수집·이용하고자 할 경우 「개인정보보호법」 제15조 및 제22조에 따라 법정대리인의 동의가 있어야 하므로 아래의 개인정보 진료(시술)기록 수집·이용·제공을 숙지하시고 동의하여 주시기 바랍니다.

(개인정보 수집·이용·제공)

- 수집·이용·제공 목적 : 학교 구강보건사업 대상자 확인 및 진료 및 시술 기록 관리
- 수집하려는 개인정보의 항목 : 성명, 주민등록번호, 진료 및 시술 기록 등
- 개인정보의 보유 및 이용기간 : 개인정보 중 성명, 주민등록번호, 진료·시술기록은 영구보존이 필요한 경우 영구보존할 수 있습니다.
- 개인정보 수집·이용·제공 동의에 거부하실 수 있으며, 동의거부 시 사전통지 없이 사업 지원이 제한됩니다.

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| - 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? | <input type="checkbox"/> 동의함 | <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| - 고유식별정보 처리에 동의하십니까? | <input type="checkbox"/> 동의함 | <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |
| - 개인정보 제3자(완주군) 제공에 동의하십니까? | <input type="checkbox"/> 동의함 | <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 |

위 내용을 충분히 이해하며, 학교 구강보건 사업에 참여하기로 동의합니다.

참여 어린이 성명	보호자 성명	날 짜
동상초등학교, (____학년 ____반) 성명 _____	_____ (서명)	2024. ____ . ____
동상초등학교병설유치원 성명 _____		

완주군 보건소장