

[별첨 1] 신청서 양식

장애인환자와의 동행사업 신청서

기관명			
주 소			
대표자명		직원 수	
대표번호		팩 스	

담당자		소속팀	
담당자 연락처		담당자 e-mail	

동행 보호자			
희망 날짜		참석 인원 (동행보호자 미포함)	

연 번	성 명	주민등록번호	장애유형	장애정도 (경증/중증)	연락처 (예약문자 발송용)	건강보험 /의료급여	접이식 휠체어 사용여부 (○,X)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

* 추후 사업이 진행될 때 큰 변동이 없도록 작성해 주셔야 합니다.

* 신청 인원이 많은 경우 별지 작성하여 신청할 수 있습니다.

위와 같이 장애인환자와의 동행사업을 신청합니다.

2024년 월 일

신청기관 : _____ (직인)

[별첨 2] 개인정보 수집·이용 동의서

개인정보 수집 · 이용 동의서

성명		생년월일	
----	--	------	--

1. 개인정보 수집 및 이용

서울특별시 장애인치과병원은 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 및 「개인정보 보호법」에 의거하여 개인정보를 수집·이용함에 있어 동의를 받고 있습니다.

① 개인정보 수집 및 이용목적

귀하의 소중한 개인정보는 진료 및 아래 목적으로 사용됩니다.

- 진료 및 업무, 교육, 연구, 통계, 환자서비스에 필요한 기초 자료
- 온라인 위탁 및 수탁 검사, 임상 시험 심사를 위한 기초 자료
- 기타 진료와 관련된 서비스

② 개인정보의 보유·이용 기간

진단 및 치료를 위해 수집된 경우는 의료법 기준에 준합니다.

단, 수집 목적 또는 제공받은 목적이 달성된 경우에도 상벌 등 기타 법령의 규정에 따라 보존할 필요성이 있는 경우에는 귀하의 개인정보를 보유할 수 있습니다.

③ 수집하는 개인 정보의 항목

성명, 주민등록번호, 나이, 성별, 장애유형/정도 등

(※ 대상자 현황, 구강검진 결과통보서 작성 시 기재된 항목)

④ 개인정보 수집·이용 거부 권리

환자 또는 보호자는 개인정보 수집을 거부할 권리가 있습니다. 단, 수집 거부 시 진료 접수가 원활하지 않을 수 있습니다.

위 개인정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

2. 고유식별정보의 수집 및 이용

1항의 개인정보 수집·이용을 위하여 고유식별정보(생년월일, 외국인번호 등)를 수집·이용하고자 합니다.

위 고유식별정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

3. 민감정보(건강정보)의 수집 및 이용

최적의 진료, 치료결과 추적조사, 연구 및 교육을 위하여 1항의 기간동안 민감정보(장애종류, 급수, 기초생활 대상자 여부, 병력 및 가족력 등의 건강정보)를 수집·이용하고자 합니다.

위 민감정보의 수집 및 이용에 동의합니다.

위와 같이 개인정보 수집·이용에 동의합니다.

신청인 _____ (서명 또는 인) (환자와의 관계: _____) 14세 미만 아동의 경우, 법정 대리인 여부 : 예 아니오

_____년 _____월 _____일