

개인정보 (☐ 열람 ☐ 정정·삭제 ☐ 처리정지 ☐ 동의철회) 요구서

※ 아래 작성방법을 읽고 굵은 선 안쪽의 사항만 적어 주시기 바랍니다.

※ 개인정보 삭제·처리정지 시 진료 및 원무서비스 제공 등에 제한을 받을 수 있습니다.

(앞 쪽)

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

정보주체	성 명	전 화 번 호
	생년월일	
	주 소	

대리인	성 명	전 화 번 호
	생년월일	정보주체와의 관계
	주 소	

요구내용	☐ 열람	☐ 개인정보의 항목 및 내용 ☐ 개인정보 수집·이용의 목적 ☐ 개인정보 보유 및 이용 기간 ☐ 개인정보의 제3자 제공 현황 ☐ 개인정보 처리에 동의한 사실 및 내용
	☐ 정정·삭제	※ 정정·삭제하려는 개인정보의 항목과 그 사유를 적습니다.
	☐ 처리정지	※ 개인정보의 처리정지를 원하는 대상·내용 및 그 사유를 적습니다.
	☐ 동의철회	※ 개인정보의 동의철회를 원하는 대상·내용 및 그 사유를 적습니다.

「개인정보 보호법」 제35조제1항·제2항, 제36조제1항 또는 제37조제1항과 같은 법 시행령 제41조제1항, 제43조제1항 또는 제44조제1항에 따라 위와 같이 요구합니다.

년 월 일

요구인

(서명 또는 인)

서부장애인치과병원장 귀하

작 성 방 법

1. '대리인'란은 대리인이 요구인일 때에만 적습니다.
2. 개인정보의 열람을 요구하려는 경우에는 '열람'란에 ☒ 표시를 하고 열람하려는 사항을 선택하여 ☒ 표시를 합니다. 표시를 하지 않은 경우에는 해당 항목의 열람을 요구하지 않은 것으로 처리됩니다.
3. 개인정보의 정정·삭제를 요구하려는 경우에는 '정정·삭제'란에 ☒ 표시를 하고 정정하거나 삭제하려는 개인정보의 항목과 그 사유를 적습니다.
4. 개인정보의 처리정지를 요구하려는 경우에는 '처리정지'란에 ☒ 표시를 하고 처리정지 요구의 대상·내용 및 그 사유를 적습니다.
5. 개인정보의 동의철회를 요구하려는 경우에는 '동의철회'란에 ☒ 표시를 하고 동의철회 요구의 대상·내용 및 그 사유를 적습니다.

