

가발 지원 사업 개인정보 제공 및 정보 공개 동의서			
환아명		주민등록번호	-
진단명		연락처	
주소			
1. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : (재)한국소아암재단 가발 지원 사업			
2. 가발 지원 사업 개인 정보 수집 및 정보공개 동의서			
개인정보 수집항목 • 개인정보 : 기본정보(성명, 생년월일, 전화번호, 주소 등) • 고유식별번호 : 주민등록번호, 치료병원 등록번호 • 민감정보 : 건강정보, 건강보험료, 보호자의 소득 및 재산 정보 등 • 보호자 개인 정보 : 성명, 연락처, 직업 등	개인정보 이용목적 • 가발 지원 사업 수행 및 관련 정책 연구·개발 • 보건소, 병원, 타지원단체 등으로부터 가발 수혜내역 확인을 통한 지원 적정성 판단 • 후원자 및 후원 기업으로부터 후원금 보고 및 가발 기금 마련을 위한 홍보	보유 및 이용기간 자료 보관을 위해 영구 보존	
※ 본인은 가발 지원대상자로 신청하거나 대상자로 개인정보보호법 규정에 의거하여 개인정보, 고유식별정보, 민감정보를 제공할 것을 동의합니다. <div style="text-align: right;"> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> </div>			
3. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의서			
개인정보를 제공받는 자 치료병원, 보건소, 유관 가발 지원 단체, 후원기업 및 후원처	개인정보 이용목적 가발 지원 내용 확인, 가발 사용 내역에 관한 후원보고 및 모금 활동	제공하는 개인정보의 항목 환아 성명, 진단명, 생년월일, 치료병원, 지원 금액, 지원시기, 치료경과, 환아 사진 및 사연 등	공개형태 방송(TV, 라디오), 신문, 인터넷, sns, 후원기업 및 후원처, 정기간행물
※ 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의서를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의를 거부하는 경우 가발 지원 사업의 신청 및 대상 선정이 진행되지 않을 수 있습니다. ※ 본인은 가발 지원대상자로 신청하거나 대상자로 개인정보보호법 제17조의1 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다. <div style="text-align: right;"> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> </div>			
4. 미성년자의 개인정보 동의			
법정 대리인 성명: _____ (인/서명)		환아와의 관계: _____	
※ 본인은 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 가발 지원 사업의 신청 및 대상 선정이 진행되지 않을 수 있습니다. ※ 본인은 위 환아의 법정대리인으로 개인정보보호법 제22조 제 5항에 따라 개인정보의 수집·이용·제공 등에 대하여 확인하였습니다. <div style="text-align: right;"> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> </div>			
재단에 등록된 개인의 정보 파일은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로는 사용되지 않습니다. 개인정보보호법 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집, 이용 및 제공에 관한 동의 여부에 대하여 최종 동의하였습니다. <div style="text-align: right;"> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> </div>			
년 월 일			
동의인 : _____		(서명 또는 인)	