

영상정보 (□열람 □제공) 동의서

정보 주체	성명	전화번호	
	생년월일	소속기관 및 부서	직책
	주소	전자우편	

영상정보 열람·제공 내용	영상정보를 열람·제공받는 자	
	열람·제공하려는 영상정보의 내용	(환자 성명, 수술명, 수술일시 등)
	열람·제공의 목적 및 사유	
	열람·제공받는 자의 영상정보 보유 및 이용 기간	

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

본인은 「개인정보 보호법」 제17조에 따라 동의를 거부할 권리가 있음을 알고 있습니다.

☐ 예

☐ 아니오

년 월 일

성명

(서명 또는 인)