

개인정보 제공 동의서

청소년 월경통 한방진료사업 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

☐ 개인정보 수집·이용 목적 : 청소년 월경통 한방진료사업 한방치료 및 결과 분석

☐ 개인정보를 제공받는 기관 : 용인특례시 관할 보건소, 참여 한의원, 용인특례시한의사회

☐ 보유·이용기간 : 신청, 치료, 분석, 모니터링, 제출서류 폐기 시까지(사업 종료 후 5년까지)

☐ 수집하는 개인정보 및 고유식별정보 항목

- 대상자 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 신체 및 진료정보, 선정기준 확인 정보(장애, 수급 여부 등 해당자에 한함)
- 보호자 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처

☐ 개인정보 조회·열람·활용 동의내용

- 주민등록등(초)본 조회·열람
- 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 “행정정보공동이용” 조회 동의
- 진료 정보(진료비 영수증, 세부진료내역 등)
- 결정통지자 정보 및 모니터링(등록확인 및 치료 독려를 위한 유·무선 연락)
- 설문지(월경통 기초조사, 만족도 조사지 등 설문 내용 일체)

☐ 개인정보 수집 동의 거부

- 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원신청이 제한됩니다.

본인은 “청소년 월경통 한방진료사업 지원신청” 과 관련하여 위의 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회·열람 활용에 동의합니다.

2026년 월 일 신청인: (서명 또는 인)

신청인이 미성년자일 경우 보호자의 서명이 필요합니다.

보호자: (서명 또는 인)

지원사업 이용 서약서

· 성 명 : _____

· 생년월일 : _____

- 상기 본인은 청소년 월경통 한방진료 지원 신청서 내용을 거짓 없이 작성하고, 지원 결정통지를 받은 경우 지원 결정일로부터 30일 이내에 보건소와 협약된 한의원에서 진료를 개시하겠으며,
- 불이행시는 지원 결정을 기다리는 대기자를 위해 해당 지원이 취소 되더라도 어떠한 이의를 제기하지 않음을 서약합니다.
- 또한 특별한 사유없이 28일 이상 의료기관의 연락을 받지 않는 경우 치료포기로 간주함에 동의합니다.

2026년 월 일

확인자

(서명 또는 인)

보호자

(서명 또는 인)

보 건 소 장 귀하