

(앞 쪽)

개인영상정보(☐ 존재확인 ☐ 열람) 청구서				처리기한
※ 아래 유의사항을 읽고 굵은 선 안쪽의 사항만 적어 주시기 바랍니다.				10일 이내
청 구 인	성 명		전 화 번 호	
	생년월일		정보주체와의 관계	
	주 소			
정보주체의 인적사항	성 명		전 화 번 호	
	생년월일			
	주 소			
청구내용 (구 체 적 으 로 요청하지 않 으면 처리가 곤란할 수 있 음)	영상정보 기록기간	(예 : 2022.01.01 18:30 ~ 01.01 19:00)		
	영상정보 처리기기 설치장소	(예 : ○○의료원 00관 000 인근 CCTV)		
	청구 목적 및 사유			
「표준 개인정보 보호지침」 제52조에 따라 위와 같이 개인영상정보의 존재확인, 열람을 청구합니다.				
년 월 일				
청구인 (서명 또는 인)				
경기도의료원 수원병원장 귀하				
담당자의 청구인에 대한 확인 서명				