

개인정보 처리에 관한 위임장

대상자 (위임하는 자)	성명		생년월일	
	주소			
	연락처	(자택) (휴대전화)		
위임받는 자	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척( ) <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타( )		
	대리동의 사유	<input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타( )		
	성명			
	연락처	(자택) (휴대전화)		
	위임사항	<input type="checkbox"/> 치매안심센터 등록 <input type="checkbox"/> 치매 조기검진 결과 열람 및 사본발급 동의 <input type="checkbox"/> 치매검사비 지원 신청 <input type="checkbox"/> 배회가능 어르신 인식표 신청 <input type="checkbox"/> 치매치료관리비 지원 신청 <input type="checkbox"/> 행정정보 공동이용 사전동의 <input type="checkbox"/> 맞춤형사례관리 신청 <input type="checkbox"/> 치매예방교실 이용 신청 <input type="checkbox"/> 인지강화교실 이용 신청 <input type="checkbox"/> 응급상황 대응을 위한 개인정보 수집·이용 동의 <input type="checkbox"/> 조호물품 지원 신청 <input type="checkbox"/> 치매환자쉼터 이용 신청 <input type="checkbox"/> 가족교실 이용 신청 <input type="checkbox"/> 힐링프로그램 이용 신청 <input type="checkbox"/> 동반치매환자보호서비스 이용 신청		

\* 위 위임하는 자는 본 위임장에 기재한 위임사항을 위임받는 자에게 위임합니다.

\* 위 위임하는 자와 위임받는 자는 개인정보(성명, 생년월일, 전화번호, 주소, 정보주체와의 관계)를 중앙·광역치매센터 및 치매안심센터가 위임 권한 확인 목적으로 수집, 이용, 제3자 제공하는데 대하여 동의합니다.

년 월 일

(서명 또는 인)

위임자

충남 아산시 치매안심센터장 귀하