[기타서식 5] 개인정보 조회·처리·제공 동의에 관한 위임장

개인정보 조회·처리·제공 동의에 관한 위임장

위임받는 자	성명	전 화 번 호
	생년월일	정보주체와의 관계
	주소	
위임자	성명	전화번호
	생년월일	
	주소	

위 위임받는 자를 위임자의 대리인으로 정하여 지역보건법, 치매관리법, 노인복지법 및 실종아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률 에 의한 업무(상담, 검진, 의료비 지원, 실종 예방 등 각종 서비스 제공)처리를 위한 치매안심센터의 개인정보의 (□ 조회, □ 처리, □ 제공)에 관한 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임자 (서명 또는 인)

(전라북도 전주시) 치매안심센터장 귀하

210㎜×297㎜[인쇄용지(특급) 34g/㎡]