

## 전남 남성 난임 치료 시술비 지원을 위한 개인정보 수집·이용·제공 동의서

남성 난임 치료 시술비 지원 사업 청구 및 지원 대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 전라남도, 전라남도 시군 보건소
- 개인정보(DB)수집의 목적
  - 남성 난임 치료 시술비지원 대상자 선정 및 관리
  - 보건소 지원 현황 조사 또는 확인 시 활용
  - 남성 난임 치료 시술비 지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
  - 남성 난임 치료 시술비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보 수집 항목
  - 난임부부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호(휴대 전화번호), 전자 메일주소, 시술확인서 내용(시술병원, 시술명, 시술원인, 사용약, 시술기간 등), 혼인관계, 출생아의 출생·성장 관련 현황 등
  - 난임부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소
- 개인정보 보유 및 이용 기간
  - 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용 시 : 영구
- 개인정보 조회·열람·활용 동의 내용
  - 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생 여부 확인)
  - 가족관계증명서(가족관계, 혼인 여부 및 가족수 확인)
  - 남성 난임 치료 시술지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
  - 남성 난임 치료 시술비 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
  - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 ‘행정정보공동이용’ 조회 동의
- 개인정보 수집 동의 거부
  - 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

본인은 “남성 난임 치료 시술비 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.  
20    년    월    일

동의자 성명	관 계	동의 확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)