

수술 장면 촬영 중 녹음 동의서

| | | | |
|----------|------|-----------|----|
| 정보 주체 | 성명 | 전화번호 | |
| | 생년월일 | 소속기관 및 부서 | 직책 |
| | 주소 | 전자우편 | |

| | | |
|---|---------|--|
| 수집하려는 개인정보의 항목, 목적 및 보유·이용 기간 | 항목 | [해당 수술 장면 촬영 중 음성정보(해당 수술의 정보도 함께 기재)] |
| | 목적 | (수술환자의 권리보호 등) |
| | 보유·이용기간 | [영상정보 보관 기간 (30일 이상)] |

동의함

동의하지 않음

본인은 「개인정보 보호법」 제15조에 따라 동의를 거부할 권리가 있음을 알고 있습니다.

예

아니오

년 월 일

성명

(서명 또는 인)