

수술 장면 촬영 중 녹음 동의서

정보 주체	성명	연락처
	생년월일	소속기관 및 부서
	주소	직책
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)