

■ [별지 서식]

개인정보 조회·처리·제공 동의에 관한 위임장

위임받는 자	성명	전화번호
	생년월일	정보주체와의 관계
	주소	
위임자	성명	전화번호
	생년월일	
	주소	

위 위임받는 자를 위임자의 대리인으로 정하여 지역보건법, 치매관리법, 노인복지법 및 실종 아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률에 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)

() 치매안심센터장 귀하