[별지 1]

개인영상정보(□ 존재확인 □ 열람) 청구서					처리기한
※ 아래 유의사항을 읽고 굵은 선 안쪽의 사항만 적어 주시기 바랍니다.					10일 이내
청 구 인	성 명		전 화 번 호		
	생년월일		정보 주체와의 관계		
	주 소				
정보 주체의 인적사항	성 명		전 화 번 호		
	생년월일				
	주 소				
청구내용 (구체적으로 요청하지 않으면 처리가 곤란할 수 있음)	개인영상정보 기록기간	(예 : 20xx.01.01 18:30 ~ 20xx.01.01 19:00)			
	개인영상정보 처리기기 설치장소	(예 : 00시 00구 00대로 0 인근 CCTV)			
	청구 목적 및 사유				

「표준 개인정보 보호지침」제52조에 따라 위와 같이 개인영상정보의 존재확인, 열람을 청구합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

경기도의료원 의정부병원장 귀하

담당자의 청구인에 대한 확인 서명	