밝은봄안과 강남스마일안과

강남스마일안과(또는 밝은봄안과 부산점) 내원신청서

성 명		신청기관 / 부서	
생년월일	19 년 월 일	희망진료과목	시력교정 / 노안교정 / 안과질환
실비보험 가입유무	있음 (가입일:) | 없음	복용약물	있으신 경우에만 기재
휴대전화	- -	내원 희망일	202 년 월 일
내원희망지점	☐ 강남스마일안과 (서울) | ☐ 밝은봄안과 (부산)	※ 병원 직원이 기저질환과 복용약물 등 확인 후 전화드리며, 전화 상담 시 내원 가능하신 날짜로 예약해 드립니다.	

[개인정보 이용목적]

필수항목 : 성명(한글), 생년월일, 연락처

건강정보 : 병력 및 가족력 등 진료서비스 제공을 위하여 의료진이 필요하다고 판단되는 개인건강정보.

※ 의료법에 의해 고유식별정보 및 진료정보를 의무적으로 보유하여야 합니다.

※ 수술 신청자 본인 확인절차를 위해 이용

[개인정보의 보유 및 이용기간]

라식라섹 및 노안·백내장 진료 외 수술 신청자 안내 목적 달성 시 개인정보는 파기합니다.

※ 병원에서 문자, 전화를 통해 안내 서비스를 무료로 제공하고 있습니다.

※ 개인정보의 수집목적 또는 제공받은 목적이 달성된 때에는 귀하의 개인정보를 지체 없이 파기합니다.

[개인정보보호법] 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함.

202 년 월 일 이름 : (서명)