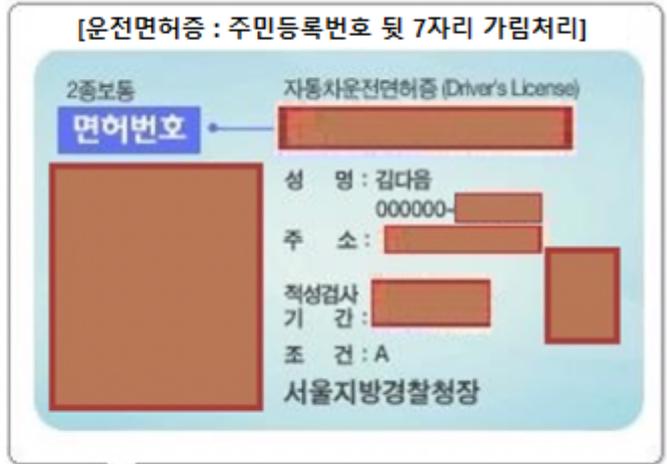


본 위임장은 3페이지로 구성되어 있습니다. [1/3]

(*필수 기재항목)		신청인 정보
위임인 (피해 당사자)	* 성명 (업체 또는 단체명)	
	* 생년월일 (사업자등록번호)	
	처리에 동의합니다. (※ 동의하실 경우 동의에 O를 표시해 주세요) 동의(), 동의하지 않음()	
수임인 (대리인)	* 성명	
	* 생년월일	
	처리에 동의합니다. (※ 동의하실 경우 동의에 O를 표시해 주세요) 동의(), 동의하지 않음()	

<신분증 개인정보 마스킹(가림처리) 방법>



- 1) 성명, 생년월일 외의 개인정보(주민등록번호 뒷 7자리, 증명사진, 주소, 발급일자, 적성검사 기간 등)를 **마스킹(가림처리) 한 신분증 사본**을 함께 첨부해 주세요.
 - 단, 공개된 게시물로 인하여 초상권의 침해를 받으시는 경우에는 초상권자 확인을 위해 **증명사진이 마스킹(가림처리) 되지 않은 신분증 사본**을 첨부해 주세요.
- 2) 미성년자일 경우, 성명, 생년월일 외의 개인정보(주민번호 뒷 7자리, 주소 등)를 **마스킹(가림처리) 한 학생증/주민등록등본/건강보험증 중 택1**을 보내주시기 바랍니다.
 - 만 14세 미만의 아동으로부터 개인정보 수집·이용·제공 등의 동의를 받으려면 그 법정대리인의 동의를 받아야 하며, 이 경우 **개인정보처리자**는 그 아동에게 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 법정대리인의 성명 등 최소한의 정보를 요구할 수 있습니다. 법정대리인 동의 양식을 꼭 작성하시기 바랍니다.
- 3) **신분증 사본 첨부 시 불필요한 개인정보가 수집되지 않도록 꼭 마스킹(가림처리) 후 접수** 부탁드립니다.
- 4) 법인의 경우, 신고 서류 내 직인 날인 후 접수 부탁드립니다.

위 임 장

위임인 (피해당사자)	* 성 명 (업체 또는 단체명)	
	* 전 화 번 호	
	* 생년월일	
위임내용	주식회사 카카오 헬스케어 내 권리침해신고에 관한 모든 업무, 기타 ()	
위임기간	년 월 일 ~ 년 월 일 (최대 1년)	
수임인 (대리인)	* 성 명	
	* 전 화 번 호	
	* 생년월일	

<개인정보의 수집 및 이용 동의>

1. [필수]수집하려는 개인정보의 항목

위임인 정보(성명, 생년월일, 전화번호), 신분증 사본

수임인 정보(성명, 생년월일, 전화번호), 신분증 사본

2. 개인정보의 수집 및 이용 목적 : 본인 확인, 위임장 접수 및 처리결과 회신

3. 개인정보의 이용 및 보유기간

5년 보관 후 지체없이 삭제. 단, 신분증 사본은 본인확인 용도로만 사용 후 즉시 파기

4. 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부 시 요청 업무 처리에 제한이 있을 수 있습니다.

그 외의 신고서와 신고 내용은 관계법령 및 민·형사상 소송 대응을 위해 보관합니다.
그 밖의 사항은 개인정보처리방침을 준수합니다.

위의 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다. (※ 동의하실 경우 동의에 O를 표시해 주세요)

위임인 동의 : 동의(), 동의하지 않음()

수임인 동의 : 동의(), 동의하지 않음()

본인(위임인)은 주식회사 카카오 헬스케어의 게시물 차단을 위해 필요한 권리침해신고 업무를 위의 수임인에게 위임합니다.
위임기간 중 수임인이 요청한 내용으로 인하여 피해가 발생하는 경우, 이에 대한 책임을 본인(위임인)이 지는 것을 확인합니다.

년 월 일

위 임 인(성명 또는 업체/단체명)

(서명 또는 인) 수신 : 주식회사 카카오 헬스케어

