

[별지 제 8호 서식]

정 정 ・ 삭 제 청 구 서					처 리 기 간
					10일 이내
청 구 인	성 명		전 화 번 호		
	생년월일		정보주체와의 관계		
	주 소				
정보주체의 인 적 사 항	성 명		전 화 번 호		
	생년월일				
	주 소				
정정(삭제) 청구의 내용	파 일 명 칭		열 램 일	년 월 일	
	정정(삭제)할 항 목	정정(삭제) 내용 및 사유			
담당자의 청구인에 대한 확인 서명					
「개인정보 보호법」 제36조의 규정 및 「노인장기요양보험법」 시행규칙 제 25조의4제1항에 따라 위와 같이 처리정보의 정정(삭제)을 청구합니다. 년 월 일 청구인 (서명 또는 인) ○ ○ ○ 대표자 귀하					