

문서번호	접수일	접수자

뇌기증 희망자 추적동의서

※ []에는 해당되는 곳에 √표시를 합니다.

동의인 (본인)	성명		영문성명	
	전화번호		전자우편주소	
	주소 (우)			
	연락수신 방법	[]전자우편	[]이동전화 문자메시지	[]우편

동의인 (가족)	성명		영문성명	
	전화번호		전자우편주소	
	주소 (우)			
	연락수신 방법	[]전자우편	[]이동전화 문자메시지	[]우편

1. 서울대학교병원 뇌은행은 기증자(환자)와 기증자 가족의 개인정보를 뇌기증 희망자를 추적하는 용도 이외에는 사용하지 않을 것을 명시한다.
2. 서울대학교병원 뇌은행은 협력기관인 한국뇌은행에 뇌기증 희망자 추적의 목적으로 동의인의 정보를 제공할 수 있다.
3. 서울대학교병원 뇌은행의 협력기관인 한국뇌은행은 기증자(환자)와 기증자 가족의 개인정보를 뇌기증 희망자를 추적하는 용도 이외에는 사용하지 않을 것을 명시한다.

위의 내용에 대한 충분한 설명을 들었으며 이에 동의합니다.

년 월 일

동의인(본인) (서명 또는 인)

동의인(가족) (서명 또는 인)

등록기관장

서울대학교병원 뇌은행장 귀하

