

## 남북 이산가족 유전자검사 동의서

※ 바탕색이 어두운 칸은 동의인이 적지 않습니다.

관리번호

|                               |               |         |
|-------------------------------|---------------|---------|
| 검사대상자                         | 성명            |         |
|                               | 주민등록번호        |         |
|                               | 연락처           | 자택 휴대전화 |
|                               | 주소            |         |
| 법정대리인<br>(대리하는 경우<br>만 작성합니다) | 성명            |         |
|                               | 생년월일          |         |
|                               | 연락처           | 자택 휴대전화 |
|                               | 주소            |         |
|                               | 검사대상자와의<br>관계 |         |
| 상담자                           | 성명            |         |
|                               | 생년월일          |         |
|                               | 연락처           | 자택 휴대전화 |
|                               | 주소            |         |

- 이 유전자검사의 목적은 「남북 이산가족 생사확인 및 교류 촉진에 관한 법률」(이하 “이산가족법”이라 합니다)에 따른 남북 이산가족의 가족관계 확인입니다.
- 검사대상물은 본래 목적 외로 이용되거나 타인에게 제공되지 않습니다.
- 유전자검사 동의서와 유전자검사 결과는 유전자검사에 동의한 사람(법정대리인 포함)이 폐기를 요청할 때까지 통일부장관이 개설한 인체유래물은행(이산가족법 제6조제2항에 따른 이산가족정보 통합관리체계를 포함)에 보관됩니다.

유전자검사의 목적과 방법, 검사대상물의 관리, 동의의 철회, 검사대상자의 권리 및 정보 보호, 유전자검사 결과 등 자료의 보관·유지 등에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였으므로 이산가족법 제8조의2제1항에 따라 유전자검사에 자발적인 의사로 동의합니다.

년 월 일

검사대상자

(서명 또는 인)

법정대리인

(서명 또는 인)

상담자

(서명 또는 인)

통일부장관 귀하

|      |                                                                 |        |
|------|-----------------------------------------------------------------|--------|
| 첨부서류 | 검사대상자 및 법정대리인의 신분증 사본과 법정대리 관계를 증명하는 서류(법정대리인이 동의하는 경우에만 제출합니다) | 수수료 없음 |
|------|-----------------------------------------------------------------|--------|