

유전자검사 동의서

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

검사대상자	성 명	주민등록번호
	주 소	전화번호
법정대리인	성 명	생년월일
	주 소	전화번호
참여인	성 명	생년월일
	주 소	전화번호

- 유전자검사의 목적: 유전정보를 활용한 실종아동등 발견
- 검사대상물의 처리: 검사 후 즉시 폐기
- 검사대상물은 본래 목적 외로 이용되거나 타인에게 제공되지 않습니다.

※ 다음 각 항목에 대해 관계자로부터 설명을 들은 후 본인이 충분히 이해하였다고 판단되면 []란에 체크[√]를 하시기 바랍니다.

- [] 유전자검사의 이익과 위험에 대하여 관계자로부터 충분한 설명을 들었습니다.
- [] 실종아동등이 보호자를 확인하였을 때, 검사대상자 또는 법정대리인이 요청할 때에는 유전정보를 폐기합니다.
- [] 경찰, 실종아동전문기관, 국립과학수사연구원은 유전자검사 동의인의 개인정보 보호를 위하여 필요한 조치를 하여야 할 의무가 있습니다.
- [] 유전자검사는 검사대상자 또는 법정대리인의 자발적 의사에 따릅니다.

「실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률」 제11조제4항 및 「실종아동등의 발견 및 유전자검사 등에 관한 규칙」 제9조제1항에 따라 위 검사대상자에 대한 유전자검사에 동의합니다.

년 월 일

검사대상자 (서명 또는 인)

법정대리인 (서명 또는 인)

참 여 인 (서명 또는 인)

경 찰 청 장 귀하

첨부서류	보호시설 설치 신고증, 후견인 지정서 등 검사대상자의 법정대리인임을 증명할 수 있는 서류(법정대리인이 동의인인 경우에만 제출합니다)	수수료 없 음
------	---	------------