

엔허투[®] 약제비 환급 프로그램 신청서 및 개인정보 처리 동의서 (환자용)

01

신청 환자 정보 (환자용)

환자 성명		생년월일	
성별	<input type="checkbox"/> 남 / <input type="checkbox"/> 여		
연락처 (본인)		연락처(보호자) : (선택)	
입금 계좌 은행		예금주	
입금 계좌 번호			

※ 환자 본인의 계좌를 기입해주셔야 하며, 아래 신청인이 서명한 경우에 한하여 대리인의 계좌로 입금 가능합니다.

02

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 (환자용)

1. 일반 개인정보 수집 및 이용에 관한 동의

수집항목	수집 및 이용 목적	보유 및 이용 기간
성명, 생년월일, 성별, 금융기관 계좌 정보 (입금은행명, 계좌번호, 예금주), 연락처, 병원 정보, 기타 귀하가 작성, 제출하신 본 프로그램 관련 자료에 포함된 개인정보 일체	본인 확인, 본 프로그램 참여 자격 확인, 본 프로그램 관련 연락, 환급 서비스 제공, 본 프로그램 관련 민원 처리 등	관계 법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존할 의무가 있는 경우가 아닌 한, 회사는 위 개인정보를 본 프로그램 종료 후 5년까지 보유 및 이용합니다.
이니셜, 생년월일, 성별, 연락처, 병원 정보	약물의 유효성 및 안전성 관리, 추적조사를 포함한 이상사례 관련 연락 및 관련 기록 유지	관계 법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존할 의무가 있는 경우가 아닌 한, 회사는 위 수집 및 이용목적 달성을 때까지 귀하의 개인정보를 보유 및 이용합니다.

귀하는 위와 같은 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 본 프로그램에 참여하실 수 없습니다.

2. 민감정보 수집 및 이용에 관한 동의

수집항목	본 프로그램 관련 서류, 진단서, 약제비 수납 영수증, 약제 처방전 및 이에 기재된 적응증 및 투여약물, 회차별 투약량 등 건강정보, 보건의료전문가의 대상자격 확인정보 등
수집 및 이용 목적	본 프로그램의 대상 자격 확인 및 본 프로그램 대상 자격 환자의 이상사례가 보고되고 귀하가 이상사례 추적조사에 동의하신 경우 약물의 유효성 및 안전성 관리, 추적조사를 포함한 이상사례 관련 연락 및 기록 유지
보유 및 이용기간	관계 법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존할 의무가 있는 경우가 아닌 한, 회사는 위 수집 및 이용목적 달성을 때까지 귀하의 개인정보를 보유 및 이용합니다.

귀하는 위 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 본 프로그램의 참여가 제한될 수 있습니다.

3. 개인정보의 제3자 제공에 대한 동의

제공받는 자	제공받는 자의 개인정보 이용목적	제공하는 개인정보의 항목	제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
회사 본사를 포함한 33여 개 계열회사 ² (본사 : 일본, 계열회사 : 미국 등 20여 개국)	이상 사례 보고·분석·관리	일반 개인정보: 성명(이니셜), 성별, 생년월일, 이상 사례 정보, 병원 정보	관계법령에 따라 귀하의 개인정보를 보존하여야 하는 경우가 아닌 한, 제공받는 자의 이용목적 달성할 때까지
		민감정보 : 기재된 적응증, 투약약물, 회차별 투약량 등 건강정보	
식품의약품안전처 (한국)	이상사례 보고 데이터 베이스 구축·분석,	일반 개인정보: 상동	
		민감정보 : 상동	

귀하는 위와 같은 개인정보의 제3자 제공을 거부할 수 있습니다. 다만, 개인정보의 제3자 제공에 동의하지 않을 경우 본 프로그램의 참여가 제한될 수 있습니다.

²계열회사(33개): Daiichi Sankyo, Inc. (United States), American Regent, Inc. (United States), Plexikon Inc. (United States), Daiichi Sankyo Europe GmbH (Germany), Daiichi Sankyo France SAS, Daiichi Sankyo Deutschland GmbH, Daiichi Sankyo Italia S.p.A., Daiichi Sankyo España, S.A.U., Daiichi Sankyo UK Ltd. (England), Daiichi Sankyo (Schweiz) AG, Daiichi Sankyo Portugal, Unipessoal Lda, Daiichi Sankyo Austria GmbH, Daiichi Sankyo Belgium N.V.-S.A., Daiichi Sankyo Nederland B.V., Daiichi Sankyo Ilac Ticaret Ltd. Sti. Daiichi Sankyo Ireland Ltd, Daiichi Sankyo Altkirch Sari (France), Daiichi Sankyo (China) Holding Co., Ltd., Daiichi Sankyo Pharmaceutical (Beijing) CO., Ltd. (China), Daiichi Sankyo Pharmaceutical (Shanghai) CO., Ltd. (China), Daiichi Sankyo Taiwan Ltd., Daiichi Sankyo Korea Co., Ltd., Daiichi Sankyo (Thailand) Ltd, Daiichi Sankyo Hong Kong Ltd, Daiichi Sankyo Brasil Farmaceutica LTDA, Daiichi Sankyo Espha Co., Ltd., Daiichi Sankyo Healthcare Co., Ltd., Daiichi Sankyo Propharma Co., Ltd., Daiichi Sankyo Chemical Pharma Co., Ltd., Daiichi Sankyo Biotech Co., Daiichi Sankyo RD Novare Co., Ltd, Daiichi Sankyo Business Associate Co., Daiichi Sankyo Happiness Co., Ltd.

- 일반 개인정보의 수집 및 이용에 동의합니다. 동의함 동의하지 않음
- 민감정보의 수집 및 이용에 동의합니다. 동의함 동의하지 않음
- 국내/외의 제3자에 대해 일반 개인정보를 제공함에 동의합니다. 동의함 동의하지 않음
- 국내/외의 제3자에 대해 민감정보를 제공함에 동의합니다. 동의함 동의하지 않음

성명: _____ (서명 또는 인) 서명일: _____ 년 _____ 월 _____ 일

03

신청 환자 서명(환자용)

- 의약품 처방에 대한 적합성 판단은 귀하의 담당의사가 결정하며 이 약의 투여는 환자 본인의 완전한 동의 하에 이루어지는 것입니다. 따라서, 이 약의 투여에 의해 야기될 수 있는 어떠한 문제에 대해서도 추후에 민형사상 청구나 이의 제기는 일절 하지 않을 것임을 확인합니다.
- 본인은 상기 내용을 상세히 읽어 보았고, 이에 관하여 충분히 이해하였으며, 본인의 자유로운 의사에 의해 엔허투®주100mg 약제비 환급 프로그램에 신청하므로 아래와 같이 서명합니다.

성명: _____ (서명 또는 인) 서명일: _____ 년 _____ 월 _____ 일

위임장 (대리인의 계좌로 입금을 원하는 경우)

위임을 받는 자: _____ (서명 또는 인) 관계: _____ 위임 사유: _____

- 본인은 위 사람으로부터 개인정보 제공에 대한 동의를 받은 사실을 확인합니다.
- 본인은 본인의 엔허투®주100mg 약제비 환급 프로그램 지원금 수령을 위 사람에게 위임하며, 추후 동건과 관련하여 발생할 수 있는 민, 형사상의 문제에 대해 모든 책임을 질 것을 확인합니다.

위임하는 자(환자분) : _____ (서명 또는 인) 서명일: _____ 년 _____ 월 _____ 일