

※ 전사자 카드 작성요령(안내문-3페이지)을 참고하여 작성해 주십시오.

6·25전사자 인적사항		* 6·25 전쟁에 참전하지 않은 민간인 사망자 등은 대상자가 아닙니다.			
성 명		계 급		군 번	
소속부대		전사일자		전사장소	
본 적					
가족관계	전사자의 부 (성명)		전사자의 모 (성명)		전사자의 배우자 (성명)
참고자료 ("O" 표시)	제적등본, 유족증, 전사통지서(확인서), 병적증명서, 사망확인서, 기타 ()				

유가족(채취자) 인적사항		* 정자로 기입해 주시고 채취자의 가족관계는 반드시 1명 이상 기록 바랍니다.				
성 명		성 별	남 / 여	주민번호		
관 계	전사자의	채취일자		채취기관		
주 소 (도로명 주소)						
연 락 처	휴대폰 :			자택 :		
채취자의 가족관계 (1명 이상 기록)	성 명	성 별	관 계	생년월일	연 락 처	거주지역
		남 / 여	채취자의			
		남 / 여	채취자의			

DNA시료 제공자 포상금 입금		* 거래불가 통장, 적금통장, 증권사 통장 등은 지급 불가			
희망여부 ("√" 표시)	은 행 명	계 좌 번 호	예금주(본인 명)	비 고	
<input type="checkbox"/> 희망 <input type="checkbox"/> 불희망					

※ 전사자 기준, 최초 DNA시료 제공 유가족 1명에게 분기별 심의 후 지급됩니다. (포상금 10만원 1회 지급)

□ 6·25 전사자 유해의 발굴 등에 관한 법률, 동법 시행령, 국방부 훈령 등에 의거하여 개인정보를 수집·이용할 수 있습니다.

6·25전사자 유가족 DNA시료채취를 어떻게 알게 되었나요?														* 해당항목에 "O" 체크해 주세요			
T V		농 협			인 터 넷		라 디 오	신 문	현 수 막	전 광 판	국 유 단		군 부 대	보 건 소	병 원	보 훈 기 관	종 교 단 체
자막	뉴스 / 광고	문 자	영 수 증	A T M	유 튜 브	S N S					홍 보 물	행 사					

전사자 참전 정황, 가족사항, 유가족(채취자) 추가정보, 증빙자료 제출 불가사유 등의 내용 기록	
참 고 사 항	

유전자검사 동의서

※ 읽어보신 후 “*” 표시한 부분을 꼭 작성해 주십시오.

* 검사 대상자	성명		생년월일	
법정대리인	성명		생년월일	
* 상담자	소속(기관명)		성명	군번(순번) <small>*군부대인 경우</small>
* 동의서 작성일자	년 월 일			

- 유전자검사의 목적: 6·25전쟁 전사자 발굴유해·유가족 신원확인
 - 검사대상물의 보존기간
: [] 전사자유해 신원확인 시까지 [] 동의권자의 추후 폐기요청 시까지
 - 본래 목적 외로 검사대상물을 이용하거나 타인에게 제공하는 것에 대한 동의 여부
: [] 동의하지 않음 [] 동의함
 - 검사대상물을 이용하거나 타인에게 제공하는 때에 개인정보 포함여부
: [] 개인정보 제외 [] 개인정보 포함
- ※ 다음 사항에 대해서는 상담자로부터 설명을 들은 후 본인이 충분히 이해하였다고 판단할 때에 []에 표를 하십시오.
- 가. 유전자 검사의 이익과 위험에 대하여 충분한 설명을 들었습니다. []
 - 나. 전사자유해의 신원 확인 또는 동의권자의 폐기 요청에 따른 폐기대상 검사 대상물은 「폐기물관리법」 제13조의 방법·절차에 따라 폐기됩니다. []
 - 다. 유전자 검사기관(위탁용역 포함)이 폐업하거나 그 밖의 부득이한 사정으로 검사대상물을 보존할 수 없는 경우에는 법에서 정한 절차에 따라 검사대상물을 이관합니다. []
 - 라. 동의권자가 위의 사항에 대하여 동의했다라도 검사가 시작되기 전에는 언제든지 동의를 철회할 수 있습니다. []
 - 마. 유전자 검사기관(위탁용역 포함)은 동의권자의 개인정보 보호를 위하여 필요한 조치를 취하여야 할 의무가 있습니다. []
 - 바. 본인의 유전자 검사결과에 대하여 확인·열람을 청구할 수 있습니다. []
 - 사. 유전자 검사동의서, 검체, 검사 관련 자료는 「6·25 전사자유해의 발굴 등에 관한 법률」 제11조 제2항과 같은 법 시행령 제11조에 따라 보관·관리됩니다. []
- 위의 사항에 대한 동의는 자발적 의사에 따른 것임을 확인합니다.

* **확 인 :** 검사대상자 _____ (서명 또는 인)

법정대리인 _____ (서명 또는 인)

* **상 담 자** _____ (서명 또는 인)

※ 첨부서류 : 법정대리인의 경우 법정대리인임을 증명하는 서류



대한민국 **영웅**,
명예 찾기
6-25 전사자 유해발굴사업