컴패션 비전트립 위임장

위임인(부모)					
성명(부)		생년월일		휴대번호	
성명(모)		생년월일		휴대번호	
수임인(대리인)					
성명				휴대번호	
참가자와의 관계					
비전트립 참가자					
성명	(참가자)		생년월일		
비전트립 참가 정보					
참가 국가			참가 기간		
위임 사항					

본인은 위 일정의 한국컴패션 비전트립에 참가하는 본인의 아들/딸 _____(자녀 이름)에게 비전트립 기간 동안 사고, 질병, 상해, 납치, 사망 등의 위급한 상황이 발생하여 본인과 연락이 닿지 않는 경우, 본인의 자녀를 보호하기 위한 조치를 할 수 있는 필요·최소한의 권한을 위 대리인에게 위임합니다.

※ 비전트립 참가 확인을 위해 제출하는 본 서류는 개인정보보호법에 따라 6개월 보관 후 즉시 파기됩니다.

작성일: 년 월 일

(만 19세 미만 인 경우)작성자: (부) 성명 _____ (서명)

(모) 성명 _____ (서명)

대리인: 성명 _____ (서명)

사회복지법인 한국컴패션

한국컴패션 www.compassion.or.kr
04418 서울시 용산구 한남대로 102-5 석전빌딩 (지번주소: 한남동 723-41)
비전트립 관련문의 02)740-1000 **팩스** 02)3668-3501 **이메일** visiontrip@compassion.or.kr