뉴욕주 보건부
AIDS 연구소

27F조 위반 협의에 대한 피해자 보고서*

피해 당사자

이름 ____
성 / 이름 / 중간이름 이니셜

주소 ____
번지 / 도로명

____
시 / 주 / 우편번호

대표 전화번호 (______) ____________________ 비상 전화번호 (______) ____________________

위반 협의자(기관)

협의자 이름 ____
성 / 이름 / 중간이름 이니셜

기관명 ____
번지 / 도로명

주소 ____
시 / 주 / 우편번호

____

전화번호 (______) ____________________

본 양식 작성자(위의 피해 당사자와 다른 경우)

이름 ____
성 / 이름 / 중간이름 이니셜

주소 ____
번지 / 도로명

____
시 / 주 / 우편번호

대표 전화번호 (______) ____________________ 비상 전화번호 (______) ____________________

위반 사실 개요(필요 시 용지 추가)

____

____

____

____

____

____

추가 용지를 첨부하는 경우 상자에 확인 표시하십시오. ☐ 페이지 수 ____

* 뉴욕주 공중 보건법 27-F조에 따라 HIV 관련 검사 유무 및/또는 HIV 관련 검사 결과를 포함한 HIV에 관련된 모든 건강 정보는 기밀로 유지되어야 합니다.

불만 보고서 작성자 서명 ______________________________ 날짜______________

작성된 양식은 다음의 수신지로 우송해 주십시오. **NYS Department of Health, AIDS Institute, Special Investigation Unit, ESP, Corning Tower – Room 308, Albany, NY 12237**