

귀하는 본인 기록의 열람 및/또는 사본 수령을 요청할 수 있습니다.

고객 정보		
성:	이름:	중간 이니셜:
케이스 번호:	SSN:	생년월일:

어떻게 연락을 드릴까요?			
전화번호:	주소:	시/주:	우편번호:
고객이 아닌 경우:			
이름(정자체):		고객과의 관계 표시:	

어떤 정보를 찾고 있습니까?		
프로그램 이름:	시작일:	종료일:
<input type="checkbox"/> 기록 열람만		
<input type="checkbox"/> 기록 사본	기록을 어떻게 수령하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 직접 방문 수령 <input type="checkbox"/> 미국 우편 <input type="checkbox"/> 암호화된 이메일 <input type="checkbox"/> 기타: <input type="checkbox"/> 암호화되지 않은 이메일 (<i>암호화되지 않은 이메일은 전송 시 안전하지 않음</i>)	
기록에서 조회하고자 하는 특정 부분이 있습니까?		

서명	
서명:	날짜: