

# 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

|          |               |         |
|----------|---------------|---------|
| 환자<br>본인 | 성 명           | 전 화 번 호 |
|          | 생년월일(외국인등록번호) |         |
|          | 주 소           |         |

|     |               |         |
|-----|---------------|---------|
| 신청인 | 성 명           | 전 화 번 호 |
|     | 생년월일(외국인등록번호) | 환자와의 관계 |
|     | 주 소           |         |

|                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 열람<br>및<br>사본<br>발급<br>범위 | 의료기관 명칭<br>송도우리아이병원      |
|                           | 진료기간                     |
|                           | 열람 및 사본을 발급 받으려는 내용 및 사유 |

본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인( )이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급 받는 것에 대하여 동의합니다.

20    년    월    일

위임인

(자필서명)

