

# 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 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 및 사본 발급 범위	의료기관 명칭 송도허브여성의원 1577-5165
	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 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

20    년    월    일

위임인

(자필서명)

