

진료기록 열람 및 사본발급 동의서				
환자 본인	성 명		연락처	
	주민등록번호 (외국인등록번호)			
	주 소			
신청인	성 명		환자와의 관계	
	주민등록번호 (외국인등록번호)		연락처	
	주 소			
열람 및 사본 발급 범위	열람하고자하는 내용 및 사유			
	사본발급 받고자 하는 내용 및 사유			
<p>본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인()이 「의료법」 제21조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의2에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 년 월 일 </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 본인(또는 법정대리인) (자필서명) </p>				

※ 비고: 환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.