

## 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 본인	성 명	연락처
	생년월일(외국인등록번호)	
	주 소	

신청인 (대리인)	성 명	
	생년월일(외국인등록번호)	
	주 소	

열람 및 사본 발급 범위	의료기관 명칭
	수검일자
	열람 및 사본을 발급 받으려는 내용 및 사유

본인(또는 법정 대리인)은 상기 신청인( )이 「의료법」 제21조 제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의 2에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받은 것에 대하여 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인)(수검자)

(자필서명)

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

**철원병원**