|  |
| --- |
| [별지 제9호의2서식]  |
| **진료기록 열람 및 사본발급 동의서** |
| 환자본인 | 성 명 |  | 연락처 |  |
| 주민등록번호(외국인등록번호) |  |
| 주 소 |  |
| 신청인 | 성 명 |  | 환자와의 관계 |  |
| 주민등록번호(외국인등록번호) |  | 연락처 |  |
| 주 소 |  |
| 열람 및 사본발급범위 | 열람하고자하는내용 및 사유 |  |
| 사본발급 받고자하는 내용 및 사유 |  |
| 본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인( )이 「의료법」 제21조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의2에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다. 년 월 일 본인(또는 법정대리인) (자필서명) |
| 비고: 환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다. |
| 210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)] |