

의무기록 복사 및 사본 발급 신청서

등록번호 :

환자성명 :

본인(또는 대리인) _____는(은) _____

목적으로 상기 환자의 진료기록을 복사하고자 하오니 허락하여 주시기 바랍니다.

(미성년자, 법적 무능력자, 사망자 등의 경우에는 부모, 보호자, 또는 법적 대리인이 환자를 대신할 수 있음)

○ 복사를 원하는 부분

(입원) _____

(외래) _____

○ 본인이 아닌 경우 환자와의 관계 : 환자의 _____

○ 대리인 또는 환자의 주소와 연락처

주 소 : _____

연락처 : _____

20 . . .

환자(대리인) : _____ (서명)

담 당 의 사 : _____ (서명)

헤 아 림 요 양 병 원 장 귀 하