

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자본인	성 명		연 락 처	
	주민등록번호 (외국인등록번호)			
	주 소			
신 청 인	성 명		환자와의 관계	
	주민등록번호 (외국인등록번호)		연 락 처	
	주 소			
열람 및 사본발급 범위	열람 하고자 하는 내용 및 사유			
	사본 발급 받고자 하는 내용 및 사유			

본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인()이 「의료법」 제 21조 제 2항 및 같은 법 시행규칙 제 13조의 2에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급 받는 것에 대하여 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인)

(자필서명)