

[별지 제9호의2서식]

| 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 | | | |
| 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.

210mm×297mm[일반용지 60g/m²(재활용품)]