■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식]

|  |
| --- |
| 진료기록 열람 및 사본발급 동의서 |
| 환자본인 | 성 명 | 연락처 |
| 생년월일 (외국인등록번호) |
| 주 소 |
|  |
| 신청인 | 성 명 | 환자와의 관계 |
| 생년월일 (외국인등록번호) | 연락처 |
| 주 소 |
|  |
| 열람 및 사본발급범위 | 의료기관 명칭 |
| 진료기간 |
| 열람 및 사본을 발급 받으려는 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. |