제증명 신청을 위한 구비 서류(동의서,위임장)

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 본인	성 명		연락처	
	생년월일			
	주 소			
신청인	성 명		환자와의관계	
	생년월일		연락처	
	주 소			
열람 및 사본발급 범위	의료기관명칭	**히즈메디병원**		
	진료기간	201 년 월 일 ~ 201 년 월 일		
	열람 및 사본발급 하고자 하는 내용 및 사유	동의의 범위 : ☐ 열람만 허용 ☐ 사본발급 허용 내 용 : ☐ 진단서 ( ) ☐ 소견서 ( ) ☐ 의무기록 사본 ( ) ☐ 기타 ( ) 사유(용도) : ☐ 보험회사 ☐ 학교 및 유치원 ☐ 기타 ( )		

환자본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인( )이 「의료법」제21조 제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

20 년 월 일

환자본인(또는 법정대리인)_____(자필서명)

※환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.

진료기록 열람 및 사본발급 위임장

수 임 인 (위임받는자)	성 명		연락처	
	생년월일		위임인과의 관계	
	주 소			
위 임 인 (환자본인, 법정대리인)	성 명		연락처	
	생년월일			
	주 소			

위임인은 「의료법」제21조 제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체의 권한을 상기 수임자에게 위임합니다.

20 년 월 일

위임인(환자 본인 또는 법정대리인) _____(자필서명)