

## 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 본인	성 명	연락처
	생년월일	
	주 소	
신청인	성 명	환자와의 관계
	생년월일	연락처
	주 소	
열람 및 사본 발급 범위	의료기관 명칭	
	진료기간	
	발급 사유	
	발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다)	
	예시) 잠복결핵감염 검진 확인서, 잠복결핵감염 검진 결과서 등	

본인(또는 법정대리인)은 위에 적은 신청인( )이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인)

(자필서명)