[별지 제 9호의2 서식]

진 료 기 록 열 람 및 사 본 발 급 동 의 서

환자 본인	성명	
	연락처	
	생년월일	(또는 외국인 등록번호)
	주소	
신청인	성명	
	생년월일	(또는 외국인 등록번호)
	연락처	
	주소	
열람 및 사본 발급 경위	의료기관 명칭	일산수외과
	진료기간	
	열람 및 사본을 발급받으려는 내용 및 사유	(구체적으로 작성해 주십시오)

본인 (또는 법정대리인)은 상기 신청인 (　　)이 「의료법」 제21조 제2항 및 같은 법 시행규칙 13조의 2에 따라 본인의 진료 기록 등을 열람하거나 사본을 받는 것에 대하여 동의합니다.

년　　월　　일

본인 (또는 법정대리인)　　(자필서명)

[210mm×297mm 일반용지]

일산수외과
Ilsan Su Surgery Varicose Vein Clinic
경기도 고양시 일산동구 중앙로1080 남정골드프라자 201호
TEL. 031) 901-5397　FAX. 031) 901-5398