

## 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환 자 본 인	성명	주민등록번호(13자리)		
	주소 ※ 도로명(새길) 주소로 기재하여 주시기 바랍니다.			
	휴대전화			

신 청 인	성명	주민등록번호 (13자리)		
	주소 ※ 도로명(새길) 주소로 기재하여 주시기 바랍니다.			
	휴대전화	환자와의 관계	환자의 ( )	

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)

(서명 또는 인)

공무원연금공단 이사장 귀하

구비서류	○ 공상환자 본인의 신분증 사본(주민등록증 또는 운전면허증) 1부.
------	---------------------------------------