

진료기록 열람 및 사본 교부 요청 동의서

| | | |
|-----|------|-----|
| 장애인 | 성명 | 연락처 |
| | 생년월일 | |
| | 주소 | |

| | | |
|--|------|---------|
| <div> <div> 법정대리인 또는 보호자 </div> </div> | 성명 | 환자와의 관계 |
| | 생년월일 | 연락처 |
| | 주소 | |

본인은 「장애인복지법」 제32조의 9제2항에 따른 업무처리와 관련하여 담당 국민연금공단 직원이 장애정도 확인 등을 위한 심사자료의 보완 등을 위하여 필요한 경우 「의료법」에 따른 의료기관에 본인에 대한 진료기록·검사결과 자료 등 진료에 관한 기록을 열람 또는 사본 교부를 요청하는 것에 동의합니다.

이름 나이 성별

본인(법정대리인 또는 보호자)

(서명 또는 인)

의료기관장 귀하