

진료기록 열람 및 사본 교부 요청 동의서

장애인	성명	연락처
	생년월일	
	주소	

법정대리인 또는 보호자	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.

년 월 일

본인(법정대리인 또는 보호자)

(서명 또는 인)

의료기관장 귀하