

진료기록 열람 및 사본발급 위임장

Authorization for Disclosure and Copy of Medical Records

수임인 Delegated Person	성 명 Full name	전 화 번 호 Contact No.
	생년월일(외국인등록번호) Social security No./Alien card No./Date of birth	위임인과의 관계 Relationship to patient
	주 소 Address	
위임인 Patient	성 명 Full name	전 화 번 호 Contact No.
	생년월일 (외국인등록번호) Social security No./Alien card No./Date of birth	
	주 소 Address	

위임인은 「의료법」 제21조 제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.

I, the patient give power of attorney to the delegated person as written in the 「Authorization for Disclosure and Copy of Medical Records」, according to the 「Medical Law」 Article 21 clause 3 of the Korea Medical Service Act and Article 13- 3 of the Enforcement Decree of the Medical Services Act.

YYYY MM DD

Patient(or legal guardian)

(signature)