■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <개정 2026.1.22>

진료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자 본인	성 명	생년월일
	연락처(전화) (전자우편)	
	주 소	
신청인	성 명	환자와의 관계
	연락처(전화) (전자우편)	생년월일
	주 소	
열람 및 사본 발급 범위	**의료기관 명칭**	
	진료기간	
	발급 사유	
	발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다)	

본인(또는 법정대리인)은 위에 적은 신청인( )이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인) (자필서명)

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]