|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  대 리 진 료 확 인 서 |
| 환자 | 성 명 | 연락처 |
| 생년월일 (외국인등록번호) |
| 주 소 |
|  |
| 대리인 | 성 명 | 환자와의 관계 |
| 생년월일 (외국인등록번호) | 연락처 |
| 주 소 |
|  |
| 상기 대리인은 상기 환자로부터 방사선 영상자료를 전달 받아 새로운병원에서대리 진료를 받는 것에 대하여 환자 본인에게 동의를 얻었으며, 추후에 법적인 문제 발생 시대리인이 모든 책임을 지는 것을 서약합니다.진료시 의학적 설명만 가능하며 진단서, 소견서, 진료의뢰서, 원외처방전 등의 서류 발급 불가합니다. 년 월 일 대리인: (자필서명) 환자와의 관계:   |
| 첨부서류: 대리인 신분증, 환자 신분증, 가족관계증명서, 대리진료 확인서 |