■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <개정 2025. 6. 20.>
Enforcement Rule of the Medical Service Act [Form No. 9-2] <Amended June 20, 2025>

진료기록의 열람, 사본 발급, 전송·송부 동의서
Consent for Reading, Issuance of Copies, and Transmission/Transfer of Medical Records

환자 본인 / Patient (Self)	성 명 Name	생년월일 Date of Birth
	연락처 Contact (전화번호Phone No.) 전자우편주소 E-mail Address	
	주 소 Address	

신청인 / Applicant	성 명 Name	환자와의 관계 Relationship to Patient
	연락처 Contact (전화번호 Phone No.) 전자우편주소 E-mail Address	생년월일 Date of Birth
	주 소 Address	

동의 내용 / Details of Consent	01. 열람(Reading) [ ] 02. 사본 발급 (Issuance of Copies) [ ] 03. 다른 의료기관에 대한 전송·송부 [ ] Transmission/Transfer to other medical institutions (동의할 사항 [ ]에 "√" 표시 / Please check "√" for applicable items)	
	의료기관 명칭 Name of Medical Institution	전송·송부 받을 의료기관 명칭(진료기록 전송·송부의 경우만 적습니다) Name of Recipient Institution: (Fill out only for transmission/transfer of medical records)

	진료기간 Medical Treatment Period
	발급(전송・송부) 사유 Reason for Issuance (Transmission/Transfer)
	발급(전송・송부) 범위(환자 본인이 직접 적습니다) Scope of Issuance (Transmission/Transfer): (To be filled out directly by the patient)
	예시) 진료기록부 사본, 처방전 사본, 수술기록 사본, 검사내용 및 검사 소견기록의 사본, 방사선 사진(영상물 포함), 간호기록부 사본, 조산기록부 사본, 진단서 사본, 사망진단서 또는 시체검안서 사본 등/ (Example: Copy of medical record, copy of prescription, copy of surgery record, copy of examination details and findings, radiographs (including images), copy of nursing record, copy of midwifery record, copy of medical certificate, copy of death certificate or post-mortem examination report, etc.)

본인(또는 법정대리인)은 위 신청인(　　)이「의료법」 제21조제3항 및 제21조의3제2항과 같은 법 시행규칙 제13조의3제1항・제2항 및 제13조의5제2항에 따라 위의 동의 내용과 같이 본인 진료기록의 열람, 사본 발급 또는 전송・송부를 요청하는 데 동의합니다.

I (or my legal representative) hereby agree to the applicant (　　) requesting the reading, issuance of copies, or transmission/transfer of my medical records as described above, in accordance with Article 21, Paragraph 3 and Article 21-3, Paragraph 2 of the Medical Service Act, and Article 13-3, Paragraphs 1 & 2 and Article 13-5, Paragraph 2 of the Enforcement Rule of the same Act.

날짜 Date　　년 Year /　　월 Month /　　일Day

본인(또는 법정대리인) Patient (or Legal Representative) :　　(서명 Signature)