

제증명 발급 동의·신청서

환 자 본 인	성명		연락처	
	생년월일 (주민등록상)			
	주소			
신 청 인	성명		환자와의 관계	
	생년월일 (주민등록상)		연락처	
	주소			

의료법」제21조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의2에 따라
「제증명 발급 동의·신청서」에 기재된 사항에 대하여 발급을 신청합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인)

(자필서명)

제증명 발급 위임장

수 임 인	성명		연락처	
	생년월일 (주민등록상)		위임인과의 관계	
	주소			
위 임 인	성명		연락처	
	생년월일 (주민등록상)	-		
	주소			

위임인은 「의료법」제21조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의2에 따라
「제증명 발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을
상기 수임인에게 위임합니다.

년 월 일

위임인

(자필서명)