|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
| 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 새로운병원에서  대리 진료를 받는 것에 대하여 환자 본인에게 동의를 얻었으며, 추후에 법적인 문제 발생 시  대리인이 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 | | |