

## Delegation of Authority for Medical Records Access

진료기록 열람 및 사본발급 위임장

|                         |                                         |                                       |
|-------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| Delegated person<br>수임인 | Name 성명                                 | Date of birth/Sex (ARN) 생년월일(외국인등록번호) |
|                         | Contact No.(Tel.) 연락처(전화번호)<br>(E-mail) | Relationship to patient 위임인과의 관계      |
|                         | Address 주소                              |                                       |

|                |                                         |                                       |
|----------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| Patient<br>위임인 | Name 성명                                 | Date of birth/Sex (ARN) 생년월일(외국인등록번호) |
|                | Contact No.(Tel.) 연락처(전화번호)<br>(E-mail) |                                       |
|                | Address 주소                              |                                       |

I, as the delegator, hereby delegate all authority concerning the matters stated in the [Authorization to View, Copy, and Send Medical Records] to the above mentioned person, in accordance with Article 21(3) of the [Medical Service Act] and Article 13-3 of the Enforcement Rules of the same Act.

위임인은 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 「진료기록의 열람, 사본발급, 전송·송부 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.

Date : YY MM DD

Delegator (Patient)

(Signature)