진료정보공개 환자동의서

본인은 보광병원이 병·의원 의사에게

전화, 우편, 팩스, 이메일 등의 방법을 통해 진료정보를 제공하는 것에 동의합니다.

환자 주민등록번호 :

환자 연락처:

20 년 월 일

환자성명:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (서명)