

환자정보공개동의서

등록번호 :

성명 :

본인은 인제대학교 서울백병원이 _____ 병의원((기관) _____의사에게
우편, 팩스, 이메일, 인터넷 등의 방법을 통해 진료정보를 제공하는 것에 동의합니다.

20 년 월 일

성명: _____ (서명) 관계: _____ 주민등록번호: _____ - _____

연락처: _____