

건강상태 확인서(Medical Certificate) 발급 및 수령 위임장

수임인	성명	전화번호
	생년월일(외국인등록번호)	위임인과의 관계
	주소	
위임인 (환자)	성명	전화번호
	생년월일(외국인등록번호)	
	주소	
발급 범위	의료기관 명칭	
	검사일자	

위임인은 위에 적은 수임인()이 본인의 건강상태 확인서를 발급·수령받는 것에 대하여 동의하고, 본인의 건강상태 확인서의 발급·수령에 필요한 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.

- 붙임 1. 위임인 신분증 사본
2. 수임인 신분증 사본

년 월 일

위임인

(자필서명)