

[별지 제13호서식]

부 당 의 료 보 호 통 보 서						
보호기관기호		보호기관명				
세대주 성명		주민등록번호				
수진자 성명		주민등록번호				
주 소						
진 료 구 분	입원 · 외래	진 료 기 간	. . . ~ . . .			
상 병 명			상병분류기호			
통 보 내 역 (해당란에 "○" 표)	1. 자신의 범죄행위, 고의에 의한 것임. 2. 정당한 이유없이 의료보호진료기관의 지시에 따르지 아니함. 3. 사위 기타 부정한 방법에 의하여 의료보호를 받고자 함.					
의사진찰소견						
환자·보호자등 관계인진술내용						
의료보호법 제12조 및 동법시행규칙 제24조제2항의 규정에 의하여 위와 같이 통보 하오니 의료보호 제한여부를 지체없이 회신하여 주시기 바랍니다. 년 월 일 진료기관명 [인] 주 소 (시장·군수·구청장) 귀하						

31312-33911일

91.8.12 승인

210mm×297mm

(신문용지 54g/m²)