

위임장

위임인 (환자)	성명	홍길동
	주민등록번호	3 1 0 1 1 1 - * * * * * * *
	주소	서울특별시 중구 후암로 110
	연락처	010-0000-0000
수임인	성명	홍조정
	주민등록번호	6 2 0 2 2 2 - * * * * * * *
	주소	서울특별시 중구 후암로 110
	연락처	010-0000-0000
	환자와의 관계	직계비속(딸)

본인(위임인)은 수임인을 대리인으로 선임하여 한국의료분쟁조정원에 조정신청과 취하, 의견진술, 조정절차 중 합의 및 조정결정에 대한 동의 등 본 사건의 조정과 관련된 일체의 권한을 위임합니다.

20 년 00 월 00 일

위임인 : 홍길동 (서명 또는 날인)

한국의료분쟁조정중재원장 귀하

대리인 선임범위	1. 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계존비속 또는 형제자매 2. 변호사 3. 당사자로부터 서면으로 대리권을 수여받은 자 (제3호의 경우 제1호에 해당하는 사람이 없거나 외국인 등 보건복지령으로 정하는 경우에 한함) ※ 근거 : 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제27조 제2항
-------------	---

- ※ 위임인은 성명을 기재하고 반드시 자필 서명 또는 날인하여야 합니다.
- ※ 위임인(환자)과 수임인의 관계를 증명할 수 있는 가족관계증명서(환자기준), 수임인의 신분증 사본 등을 제출하여야 합니다.