진 료 확 인 서

아래 환자가 본 의료기관에서 진료를 받은 사실을 확인합니다.

환자 성명		**생년월일**	년 월 일
연락처		**주민등록번호**	-
주소			

진료일자	20 년 월 일	**진료구분**	외래 / 입원 / 응급
진료과목		**담당의**	
사용용도	회사 제출 / 보험 청구 / 학교 제출 / 기타		

진료 내용 또는 확인 사항

비고

※ 본 양식은 일반 작성용 예시입니다. 실제 제출처가 요구하는 병원 자체 서식, 진단서, 소견서, 입퇴원확인서와 다를 수 있으므로 제출 전 확인하시기 바랍니다.

20 년 월 일

의료기관명: _____

주소: _____

담당의: _____ (서명 또는 인)

병원 직인: _____