

정보 활용 동의서

나 (심장내과 황희정 교수) 는 [redacted] 님의 법적 보호자 (아
들, [redacted]) 의 동의를 얻어 [redacted] 님의 임상적 특성 (흉
부사진, 심초음파 영상 자료 포함)과 치료 경과 ([redacted]
[redacted], 본원 입원 기간) 자료를 교육적/학술적 목적으로 사
용하는 것에 아래와 같이 사전 동의를 얻습니다. 사용할 자료 첨
부합니다.

법정 대리인 성명 [redacted]

관계 [redacted]

날짜 2021. 1. 12

설명 의사 성명 [redacted]