



Student Health Service

4189 Westlawn
Iowa City, Iowa 52242-1110
319-335-8392 팩스 319-335-8249
<http://studenthealth.uiowa.edu>

「 환자 이름 _____
[Patient label goes here] 또는 학생 ID# _____ 생년월일 _____ 나이 _____
」 선호하는 호칭(위의 이름과 다른 경우): _____

미성년자 자녀의 치료에 대한 부모/보호자 허가/동의서

환자/학생 정보

환자/자녀 이름: _____ 학생 ID# _____
현지 주소: _____ 도시: _____ 주: _____
현지 전화 – 집: _____ 휴대전화: _____ 직장: _____
생년월일: _____/_____/_____

부모님/보호자님께서서는 다음을 빠짐없이 작성하여 주십시오

저는 아이오와 대학교 Student Health Service(학생 건강 서비스)의 의료 서비스 제공자 및 직원이 제 자녀에게 아이오와 대학교 재학 기간 동안 의료 진료가 필요한 경우 다음을 제공할 것을 허락합니다.

____ 예. 저는 아이오와 대학교 Student Health Service(학생 건강 서비스)의 의료 서비스 제공자 및 직원이 제 자녀에게 아이오와 대학교 재학 기간 동안 필요한 경우 의료 서비스를 제공할 것을 허락합니다.

____ 아니요. 저는 아이오와 대학교 Student Health Service(학생 건강 서비스)에서 제 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 것을 허락하지 않습니다. 의료적인 문제가 있는 경우, 아래로 연락하십시오:
이름: _____
전화: (집) _____ (직장) _____ (휴대전화) _____

____ 부모/보호자 성명(정자체)

____ 부모/보호자 서명

____ 날짜

주소: _____

국가: _____

도시: _____

주: _____

전화: (집) _____ (직장) _____ (휴대전화) _____

스캔하여 이메일로 제출: student-health@uiowa.edu 또는 팩스 1-319-335-7247 번으로 제출.