



# Health Care Proxy (의료 케어 위임)

## *New York State* 의 의료 케어 대리인 지정

귀하가 스스로 결정할 수 있는 능력을 잃은 경우 *New York Health Care Proxy Law* 를 통해 가족 구성원이나 동성 파트너 또는 친한 친구 등 귀하가 신뢰하는 사람을 대리인으로 임명하여 건강 관리 결정을 하도록 할 수 있습니다. 의료 케어 대리인을 지명하면 의료 케어 제공자가 귀하의 의사를 확실하게 따르도록 할 수 있습니다. 대리인은 귀하의 의학적 상태 변화에 따라 귀하의 의사를 어떻게 적용할 것인지도 결정할 수 있습니다. 병원, 의사 및 그 외 의료 케어 제공자는 반드시 대리인의 결정을 귀하의 결정인 것처럼 따라야 합니다. 귀하는 의료 케어 대리인으로 선택한 사람에게 원하는 수준으로 적거나 많은 권한을 부여할 수 있습니다. 대리인이 모든 의료 케어 결정을 하게 하거나 특정 결정만 하게 할 수도 있습니다. 또는 대리인이 따라야 할 지시 사항을 만들어 줄 수도 있습니다. 본 양식을 이용하여 장기 및/또는 조직 기증에 관하여 귀하의 의사나 지시 사항을 문서화할 수도 있습니다.

# Health Care Proxy 양식 정보

이 양식은 중요한 법적 문서입니다.  
서명하기 전에 다음과 같은 사실을  
이해해야 합니다.

1. 이 양식에 달리 명시하지 않는 한, 이 양식은 귀하가 대리인으로 선택한 사람에게 생명 유지 치료에 대한 동의 또는 거부 결정을 비롯하여 귀하를 위해 모든 의료 케어 결정을 내릴 권한을 부여합니다. “의료 케어”란 신체 또는 정신 상태를 진단하거나 치료하기 위한 치료, 서비스 또는 시술을 의미합니다.
2. 대리인이 인공 영양 및 수분 공급(주입관 또는 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)에 대한 귀하의 의사를 정확하게 알고 있지 않는 한, 대리인은 그러한 조치에 대해 거부하거나 동의할 수 없습니다.
3. 귀하가 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 없다고 의사가 판단할 때 대리인이 귀하를 위해 결정을 내리기 시작합니다.
4. 이 양식에 원하지 않거나 확실히 받기를 원하는 치료 유형의 예를 기재할 수 있습니다. 지시 사항은 대리인의 의사 결정 권한을 제한하는 데 사용될 수 있습니다. 대리인은 귀하를 위해 의사 결정을 내릴 때 반드시 귀하의 지시 사항을 따라야 합니다.
5. 이 양식을 작성하는 데 변호사는 필요하지 않습니다.
6. 가족 구성원이나 동성 파트너 또는 친한 친구를 포함한 성인(18세 이상)을 귀하의 대리인으로 선택할 수 있습니다. 의사를 대리인으로 선택하는 경우, 의사가 동시에 두 역할을 수행할 수 없으므로 대리인이나 담당 의사의 역할 중 하나를 선택해야 합니다. 또한 병원, 양로원 또는 정신 건강 시설에 입원하거나 입실하는 경우, 해당 시설에서 일하는 누군가를 대리인으로 지정하는 것에 대한 특별 제한이 있습니다. 그러한 제한에 대한 설명은 해당 시설의 직원에게 문의하십시오.
7. 누군가를 의료 케어 대리인으로 지정하기 전에 그 사람이 대리인으로서 역할을 수행할 의지가 있는지 논의하십시오. 선택한 사람에게 의료 케어 대리인이 될 것이라고 말하십시오. 대리인과 의료 케어에 대한 귀하의 의사와 이 양식에 대해 논의하십시오. 대리인에게 서명한 사본 한 부를 제출하십시오. 대리인이 선의로 내린 의료 케어 결정에 대해 고소할 수 없습니다.
8. 배우자를 의료 케어 대리인으로 지정했다가 이후 이혼하거나 법적으로 헤어진 경우, 귀하가 달리 명시하지 않는 한 이전 배우자는 법에 따라 대리인이 될 수 없습니다. 이전 배우자를 대리인으로 유지하고 싶은 경우, 현재 양식에 그러한 내용과 날짜를 기재하거나 이전 배우자를 대리인으로 지정하는 새 양식을 작성하십시오.
9. 이 양식에 서명을 했더라도 귀하가 의료 케어 결정을 내릴 수 있는 한 의료 케어 결정을 직접 내릴 권한이 있으며, 귀하가 반대하는 경우 치료를 받지 않거나 중단할 수 있으며 대리인은 반대할 권한이 없습니다.
10. 귀하는 서면이나 구두로 대리인 또는 의료 케어 제공자에게 의사를 전달하여 대리인에게 부여한 권한을 취소할 수 있습니다.
11. 의료 케어 대리인 지명은 자발적 의사에 따릅니다. 누구도 귀하에게 대리인을 지정하도록 요구할 수 없습니다.
12. 이 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 의사나 지시 사항을 명시할 수 있습니다.

# 자주 묻는 질문

## 의료 케어 대리인을 왜 선택해야 하나요?

임시일지라도 귀하가 의료 케어 결정을 내릴 수 없는 상태가 되면 누군가 귀하를 위해 결정을 내려야만 합니다. 의료 케어 제공자는 종종 가족 구성원이 지침을 줄 것을 기대하기도 합니다. 가족 구성원이 특정 치료와 관련한 귀하의 의사에 대해 자신의 생각을 나타낼 수도 있습니다. 따라서 대리인을 지정해 두면 귀하 스스로 다음을 통해 귀하의 의학적 치료를 통제할 수 있습니다

- 대리인에게 귀하가 결정되길 원하는 바대로 대신 의료 케어 결정을 내릴 수 있게 할 수 있습니다.
- 가장 최선의 결정을 내려줄 것으로 생각되는 사람을 선택하여 의료 케어 결정을 내리도록 할 수 있습니다.
- 가족 구성원 및/또는 중요한 다른 사람들 사이에 충돌이나 혼돈이 생기지 않도록 해줄 사람을 선택할 수 있습니다.

또 귀하를 위한 결정을 내려줄 첫 번째 대리인이 이를 할 수 없는 경우, 이 임무를 수행할 대체 대리인을 지정할 수도 있습니다.

## 의료 케어 대리인은 누가 될 수 있습니까?

18세 이상의 성인이면 누구나 의료 케어 대리인이 될 수 있습니다. 귀하가 귀하의 대리인 또는 대체 대리인으로 지명한 사람은 Health Care Proxy 양식에 증인으로 서명할 수 없습니다.

## 의료 케어 대리인은 어떻게 지명합니까?

18세 이상의 능력 있는 모든 성인은 Health Care Proxy 라는 양식에 서명하여 의료 케어 대리인을 지명할 수 있습니다. 변호사나 공증인은 필요하지 않으며, 두 명의 성인 증인만 있으면 됩니다. 대리인은 증인으로 서명할 수 없습니다. 여기에 인쇄된 양식을 사용할 수 있으나 이 양식을 사용할 필요는 없습니다.

## 의료 케어 대리인이 나를 위해 의료 케어 결정을 내리기 시작하는 때는 언제입니까?

의료 케어 대리인은 귀하가 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 없다고 의사가 판단한 이후부터 의료 케어 결정을 내리기 시작합니다. 귀하가 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 있게 되면 결정에 대한 권리는 귀하가 가지게 됩니다

Healthcare Proxy 1430- v. 11/15 (rev HEI) - Korean

## 의료 케어 대리인이 내리게 되는 결정에는 무엇이 있습니까?

의료 케어 대리인의 권한을 제한하지 않는 한, 대리인은 귀하 스스로 결정할 수 있다면 내렸을 수 있는 모든 의료 케어 결정을 내릴 수 있습니다. 대리인은 귀하가 치료를 받아야 한다거나 여러 가지 치료 중에서 선택하거나 제공받지 않을 치료를 선택하는 것에 귀하의 의사와 관심에 준하여 동의할 수 있습니다. 그러나 인공 영양 및 수분 공급(주입관 또는 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)에 대해서 대리인은 귀하가 구두로 말한 내용이나 서면으로 기록한 내용을 통해 귀하의 의사를 알고 있는 경우에만 결정을 내릴 수 있습니다. Health Care Proxy 양식이 대리인에게 재정적 결정 등 비의료적 케어 결정을 내릴 권한을 주는 것은 아닙니다.

## 나는 아직 젊고 건강한데 의료 케어 대리인을 지정할 필요가 있을까요?

의료 케어 대리인을 지정하는 것은 귀하가 노령자가 아니거나 말기의 질병에 걸린 것이 아니라고 해도 바람직한 것입니다. 의료 케어 대리인은 귀하가 잠깐이라도 귀하 스스로 의료 케어 결정을 할 수 없는 경우(전신 마취 상태이거나 사고로 인해 혼수 상태인 경우)에도 의료 케어 대리인으로 행동할 수 있습니다. 귀하가 다시 스스로 의료 케어 결정을 할 수 있게 되면 귀하의 의료 케어 대리인은 더 이상 권한 능력을 가지지 못합니다.

## 의료 케어 대리인은 어떻게 결정을 내립니까?

대리인은 귀하의 의사뿐만 아니라 도덕적/종교적 신념도 따라야 합니다. 귀하는 Health Care Proxy 양식에 지시 사항을 기록하거나 대리인과 이에 대해 논의할 수 있습니다.

## 의료 케어 대리인이 내 의사를 어떻게 알 수 있습니까?

의료 케어 대리인과 터놓고 솔직하게 귀하의 의사에 대해 이야기를 나누어 대리인이 귀하의 관심사를 보다 더 잘 이행할 수 있게 하십시오. 대리인이 귀하의 의사나 신념을 모른다면 대리인에게는 최선으로 귀하의 관심사에 맞게 행동할 것이 법적으로 요구됩니다. 이는 귀하가 의료 케어 대리인으로 지명한 사람에게 가장 핵심적인 책임 부분이기 됩니다.

## 자주 묻는 질문, 계속

다음과 같은 다른 상황에 따라 귀하가 원하는 또는 원하지 않는 치료 유형에 대해 대리인과 논의해야 합니다.

- 귀하가 영구적인 코마 상태에 빠진 경우 생명 유지 장치 시작/지속/제거 여부
- 귀하가 영구적인 코마 상태에 빠진 경우 생명 유지 장치 시작/지속/제거 여부
- 귀하가 영구적인 코마 상태에 빠진 경우 생명 유지 장치 시작/지속/제거 여부.

### 의료 케어 대리인이 내 의사나 사전 치료 지시 사항을 무시할 수 있습니까?

아니요. 대리인은 귀하의 의사에 기반하여 의사 결정을 내릴 의무가 있습니다. 특정 의사를 명확하게 표현하였거나 특정 치료에 대해 지시 사항을 제시한 경우, 대리인은 귀하의 의지가 바뀌었다거나 적용되지 않는 상황이라는 것에 대해 선의에 근거한 믿음을 가지고 있는 경우가 아니라면 귀하의 의지나 지시 사항을 따를 의무가 있습니다.

### 내 대리인에게 주의를 기울이는 주체는 누구입니까?

모든 병원, 요양원, 의사 및 기타 의료 케어 제공자는 귀하의 의료 케어 대리인에게 귀하에게 제공해야 하는 동일한 정보를 제공하고 대리인이 내린 결정을 귀하가 내린 결정과 같이 존중해야 할 법적 책임이 있습니다. 병원이나 요양원에서 일부 치료 옵션(특정 치료의 제거 등)에 반대하는 경우, 합리적으로 가능하다면 입원 전 또는 입원 시 귀하나 대리인에게 이를 알려야 합니다.

### 의사 결정을 내려야만 하는 시점에 내 의료 케어 대리인이 이를 할 수 없다면 어떻게 됩니까?

귀하의 의료 케어 대리인이 반드시 결정을 내려야 하는 시점에 함께 있지 않거나 이를 할 수 없거나 이를 할 의지가 없는 상황에는 결정을 내릴 대체 대리인을 지정할 수 있습니다. 그렇지 않은 경우, 귀하가 제공할 수 있을 때 해 둔 지시 사항에 따라 의료 케어 제공자가 귀하를 위해 의료 케어 결정을 내리게 됩니다. 귀하가 Health Care Proxy 양식에 기록한 지시 사항은 이러한 상황에서 의료 케어 제공자에게 안내 지침이 됩니다.

### 마음이 바뀌면 어떻게 해야 하나요?

의료 케어 대리인으로 선택한 사람을 바꾸거나 이 양식에 포함된 지시 사항이나 제한 사항을 변경하려면 Health Care Proxy 을 취소하면 됩니다. 그리고 새로운 양식을 작성하십시오. 이에 더하여 Health Care Proxy 의 만료일을 특정 날짜 또는 특정 사건 발생 시로 지정할 수 있습니다. 그렇지 않으면 Health Care Proxy 은 무기한으로 유효합니다. 의료 케어 대리인 또는 대체 대리인으로 배우자를 선택한 경우, 이혼을 하거나 법적으로 헤어지면 이 지명은 자동으로 취소됩니다. 이전 배우자를 대리인으로 유지하고 싶은 경우, 현재 양식에 그러한 내용과 날짜를 기재하거나 이전 배우자를 대리인으로 지정하는 새 양식을 작성하십시오.

### 의료 케어 대리인이 나를 대신하여 내린 결정에 대해 법적 책임을 지게 됩니까?

아니요. 의료 케어 대리인은 귀하를 대신해 선의를 가지고 내린 의료 케어 결정에 대해 책임을 지지 않습니다. 또 대리인은 귀하의 치료 비용에 대해서도 책임을 지지 않으며, 단순히 귀하의 대리인 역할을 하는 것일 뿐입니다.

### Health Care Proxy 이 유언장과 같은 것입니까?

아니요. 유언장은 의료 케어 결정과 관련해 구체적인 지시 내용을 담고 있는 문서입니다. 이러한 지시 사항을 Health Care Proxy 에 넣을 수 있습니다. Health Care Proxy 을 통해 귀하 대신 의료 케어 결정을 내려줄 것으로 믿는 누군가를 선택할 수 있는 것입니다. 유언장과는 다르게 Health Care Proxy 은 생길지도 모르는 모든 결정에 대해 귀하가 사전에 알 필요가 없습니다. 그 대신 의료 케어 대리인은 의학적 상황의 변화에 따라 귀하의 의사를 해석할 수 있고 귀하가 모를 수 있는 사항에 대해서도 결정할 수 있습니다.

### Health Care Proxy 에 서명한 후 어디에 보관해야 할까요?

사본을 대리인, 담당의, 변호사, 가족이나 귀하가 원하는 지인에게 주십시오. 지갑이나 가방 또는 다른 중요 서류가 보관되어 있는 곳에 사본을 두되 안전 금고 등 누구도 접근할 수 없는 장소에는 보관하지 마십시오. 아무리 사소한 수술이라도 병원에 입원하거나 외래 수술을 받더라도 사본을 지참하십시오.

## 자주 묻는 질문, 계속

Health Care Proxy 을 이용하여 장기 및/또는 조직 기증에 대한 의사를 표현할 수 있습니까?

예, 할 수 있습니다. Health Care Proxy 양식의 장기 및 조직 기증 섹션을 이용하되 두 명의 증인이 있어야 함에 유의하십시오. 이식, 연구 또는 교육 등 장기 및/또는 조직의 사용 목적을 지정할 수 있습니다. 귀하의 의사와 관련하여 제한사항이 있다면 위임장의 이 섹션에 기재해야 합니다. **Health Care Proxy** 양식에 귀하의 의사와 지시 사항을 포함하지 못한 경우라도 장기 및/또는 조직 기증을 원하지 않는다는 의미로 해석되지 않습니다.

의료 케어 대리인이 장기 및/또는 조직 기증에 관해 결정을 내릴 수 있습니까?

예, 할 수 있습니다. 2009년 8월 26일부로 의료 케어 대리인은 귀하의 사망 후 장기 및/또는 조직 기증에 한해서만 의사 결정을 할 수 있는 권한을 가지게 되었습니다. 의료 케어 대리인은 이 같은 결정을 귀하의 Health Care Proxy 에 기록된 내용에 따라 내려야 합니다.

지금 내 의사를 명시하지 않기로 하면 누가 기증에 동의할 수 있는 것입니까?

장기 및/또는 조직 기증에 대한 의사를 의료 케어 대리인, 피상속인의 대리인으로 지명된 사람(지명되어 있는 경우) 및 가족에게 언급해 두는 것이 중요합니다. 뉴욕법에서는 귀하를 대신하여 장기 및/또는 조직 기증에 동의할 권한을 가진 사람들의 목록을 제공하고 있습니다. 우선 순위는 따라, 의료 케어 대리인, 피상속인의 대리인, 법적으로 헤어지지 않은 배우자 또는 동거 파트너, 18세 이상의 자녀, 부모, 18세 이상의 형제자매, 기증자 사망 전 법원에서 지정한 보호자 순입니다.

# Health Care Proxy 양식 지침

## 항목 (1)

대리인으로 선택한 사람의 이름, 집 주소 및 전화번호를 기재합니다.

## 항목 (2)

대체 대리인을 지정하고 싶은 경우, 대체 대리인으로 선택한 사람의 이름, 집 주소 및 전화번호를 기재합니다.

## 항목 (3)

만료일 또는 만료 조건을 명시하지 않는 한 Health Care Proxy 은 무기한 유효합니다. 이 섹션은 선택사항이며 Health Care Proxy 을 만료시키고 싶은 경우에만 기재합니다.

## 항목 (4)

대리인에게 특별한 지시 사항이 있으면 여기에 기재합니다. 대리인의 권한을 제한하고 싶은 경우에도 여기에 기재하거나 의료 케어 대리인과 논의할 수 있습니다. 제한 사항을 명시하지 않은 경우, 대리인은 생명 유지 치료에 대한 동의 또는 거부 결정을 비롯하여 모든 의료 케어 결정을 내릴 수 있습니다.

대리인에게 전반적인 권한을 부여하고 싶은 경우에도 양식에 기재할 수 있습니다. 다음과 같이 기재하십시오: *의료 케어 대리인 및 대체 대리인과 내 의사에 대하여 논의하였으며, 대리인은 인공 영양 및 수분 공급을 비롯하여 본인의 의사를 알고 있습니다.*

더욱 구체적인 지시 사항을 제공하고자 하는 경우, 다음과 같이 기재할 수 있습니다:

*본인이 위독하게 될 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다...*

*혼수상태에 빠지거나 의식이 거의 없으며 회복에 대한 희망이 없는 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다...*

*뇌손상이 있거나 사람을 알아볼 수 없거나 말을 할 수 없는 뇌질환에 걸려 상태가 개선될 희망이 없는 경우, 다음과 같은 유형의 치료를 받고 싶습니다/받고 싶지 않습니다...*

*본인은 의료 케어 대리인과 \_\_\_\_\_에 대한 본인의 의사를 논의하였으며, 이러한 조치에 대한 모든 결정을 대리인이 내리기를 원합니다.*

대리인에게 특별한 지시 사항을 제공하기를 바랄 수 있는 의료적 치료에 대한 예입니다. 완전한 목록은 아닙니다.

- 인공호흡
- 인공 영양 및 수분 공급(주입관을 통한 영양분 및 물 공급)
- 심폐소생술(CPR)
- 항정신성 약물 투여
- 전기 충격 요법
- 항생제
- 수술
- 투석
- 이식
- 수혈
- 낙태
- 불임수술

## 항목 (5)

이 Health Care Proxy 양식에 날짜를 적고 서명해야 합니다. 스스로 서명할 수 없는 경우, 귀하 앞에서 다른 사람이 서명하도록 지시할 수 있습니다. 주소 기재도 잊지 마십시오.

## 항목 (6)

이 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 의사나 지시 사항을 명시할 수 있습니다. 뉴욕주 법에 의해 귀하를 대신하여 장기 및/또는 조직 기증에 동의할 우선 권한이 부여되는 사람은 다음과 같습니다. 의료 케어 대리인, 피상속인의 대리인, 법적으로 헤어지지 않은 배우자 또는 동거 파트너, 18 세 이상의 자녀, 부모, 18 세 이상의 형제자매, 기증자 사망 전 법원에서 지정한 보호자.

## 항목 (7)

18 세 이상의 증인 2 명이 이 Health Care Proxy 양식에 서명해야 합니다. 대리인 또는 대체 대리인으로 지정된 사람은 증인으로 서명할 수 없습니다.

# Health Care Proxy

(1) 본인, \_\_\_\_\_을/를  
이로써 \_\_\_\_\_  
(이름, 집 주소 및 전화번호)

\_\_\_\_\_  
을/를

본인을 대신하여 모든 의료 케어 결정을 내릴 대리인으로 지정합니다. 이 위임장은 본인이 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 없게 되는 경우에만 유효합니다.

## (2) 선택사항: 대체 대리인

이로써 본인이 지명한 대리인이 본인의 의료 케어 대리인으로서 역할을 수행할 수 없거나 그럴 의지가 없는 경우, 달리 명시하지 않는 한 \_\_\_\_\_

(이름, 집 주소 및 전화번호)

\_\_\_\_\_  
을/를 본인을 대신하여 모든 의료 케어 결정을 내릴 대리인으로 지정합니다.

(3) 본인이 본 위임장을 철회하거나 만료일 또는 만료될 상황을 명시하지 않는 한 본 위임장은 무기한 유효합니다. (선택사항: 이 위임장을 만료시키고 싶은 경우에는 여기에 만료일 또는 조건을 명시하십시오.) 본 위임장은 다음의 경우 만료됩니다(날짜 또는 조건 명시). \_\_\_\_\_

(4) **선택사항:** 본인은 의료 케어 대리인이 아는 것처럼 또는 아래 명시된 것처럼 본인의 의사와 조건에 따라 의료 케어 결정을 내리도록 지정합니다. (의료 케어 결정에 대해 대리인의 권한을 제한하거나 특정 지침을 제공하고 싶은 경우, 그 의사나 조건을 여기에 명시할 수 있습니다.) 본인은 의료 케어 대리인이 다음 조건 및/또는 지침에 따라 의료 케어 결정을 내리도록 지정합니다(필요한 경우 추가 페이지 첨부): \_\_\_\_\_

대리인에게 인공 영양 및 수분 공급(주입관 및 정맥 주사를 통한 영양분 및 물 공급)에 대한 의료 케어 결정을 내리도록 하려는 경우, 대리인이 귀하의 의사를 정확하게 알고 있어야 합니다. 귀하의 의사를 대리인에게 말하거나 이 섹션에 포함시킬 수 있습니다. 인공 영양 및 수분 공급에 대해 바라는 점을 비롯하여 이 양식에 귀하의 의사를 포함시키려는 경우, 사용할 수 있는 견본 문구에 대한 지침을 참조하십시오.

(5) 귀하의 신분 증명 (인쇄체로 기재)

이름 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

(6) 선택사항 장기 및 또는 조직 기증

본인은 사망 시 다음과 같이 장기 및/또는 조직을 기증합니다.  
(해당 사항에 모두 표시)

필요한 모든 장기 및/또는 조직

다음 장기 및/또는 조직 \_\_\_\_\_

제한사항 \_\_\_\_\_

이 양식에 장기 및/또는 조직 기증에 대한 귀하의 의사나 지시 사항을 명시하지 않는 경우, 귀하가 기증을 원하지 않거나 귀하를 대신하여 법적인 권한이 있는 다른 사람이 기증에 동의하는 것을 막는 것으로 해석되지 않습니다.

귀하의 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

(7) 증인 진술 (증인은 18 세 이상이어야 하며 의료 케어 대리인 또는 대체 대리인일 수 없습니다.)

본인은 이 문서에 서명한 사람이 개인적으로 본인을 알고 있으며 온전한 정신으로 자유 의지에 따라 행동하는 것처럼 보인다고 선언합니다. 그 사람은 제 앞에서 이 문서에 서명했습니다 (또는 자신을 위해 서명하도록 다른 사람에게 부탁했습니다).

날짜 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

증인 1 이름  
(인쇄체) \_\_\_\_\_

증인 2 이름  
(인쇄체) \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

