|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의4서식] | |  |
| 대리처방 확인서 | | |
| 처방전 수령인 | 성명 | 전화번호 |
| 생년월일(외국인등록번호) | 환자와의 관계 |
| 주소 | |
|  | | |
| 환자 | 성명 | 전화번호 |
| 생년월일(외국인등록번호) | |
| 주소 | |
| 대리  처방 사유 |  | |
| 본인은 위와 같은 사유로 처방전의 대리 수령이 필요함을 확인합니다.  년 월 일  환자 또는 처방전수령인 (자필서명) | | |
|  | | |
| 210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)] | | |