

대리처방 확인서

처방전 수령인	성명	전화번호
	생년월일(외국인등록번호)	환자와의 관계
	주소	
환자	성명	전화번호
	생년월일(외국인등록번호)	
	주소	
대리 처방 사유		

본인은 위와같은 사유로 처방전의 대리수령이 필요함을 확인합니다.

년 월 일

환자 또는 처방전 수령인

(자필서명)



참조은병원