

대리처방 확인서

처방전 수령인	성 명	전 화 번 호
	생년월일(외국인등록번호)	환자와의 관계
	주 소	
환자	성 명	전 화 번 호
	생년월일(외국인등록번호)	
	주 소	
대리 처방 사유		

본인은 위와 같은 사유로 처방전의 대리 수령이 필요함을 확인합니다.

년 월 일

환자 또는 처방전수령인

(자필서명)

* 의료법 제90조에 따라 거짓으로 처방전을 수령한 경우 500만원 이하의 벌금에 처할 수 있음.

미래아이여성병원