■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의4서식]

# 대리처방확인서

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 대리처방 사유 |  |  |

 본인은 위와 같은 사유로 처방전의 대리 수령이 필요함을 확인합니다.

년 월 일

 환자 또는 처방전수령인 (자필서명)