

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.

구세산부인과