■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의4서식]

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)

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡(재활용품)]