|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의4서식] <신설 2020. 2. 28 .> | |  |
| **대리처방 확인서** | | |
| 처방전 수령인 | 성명 | 전화번호 |
| 생년월일 | 환자와의 관계 |
| 주소 | |
|  | | |
| 환자 | 성명 | 전화번호 |
| 생년월일 | |
| 주소 | |
| 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 | | |
|  | | |
| 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)] | | |