

처방전 대리수령 위임장

수임인	성명	전화번호
	생년월일(외국인등록번호)	위임인과의 관계
	주소	
위임인	성명	전화번호
	생년월일(외국인등록번호)	
	주소	

위임인은 「의료법」 제17조의2제2항 및 같은 법 시행규칙 제11조의2제1항에 따라 처방전 대리수령에 관한 사항에 대하여 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.

년 월 일

위임인

(자필서명)