附件 1

长宁区特殊人群长期门诊代配药备案申请表

<table>
<tr><td>委托人姓名</td><td colspan="2">身份证号码</td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="2">居住地址</td></tr>
<tr><td colspan="3">受托人信息（超过 3 人可附页）</td></tr>
<tr><td>受托人1 姓名</td><td>身份证号码</td><td>与委托人关系</td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="2">居住地址</td></tr>
<tr><td>受托人2 姓名</td><td>身份证号码</td><td>与委托人关系</td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="2">居住地址</td></tr>
<tr><td>受托人3 姓名</td><td>身份证号码</td><td>与委托人关系</td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="2">居住地址</td></tr>
<tr><td colspan="3">申请门诊长期委托代配药理由（需附证明材料，如残疾证、病史或长护险等级等情况）

本人承诺，所提供的个人信息和证明材料均真实准确。对因提供信息、材料不实或违反有关规定的，承担相应责任。

委托人签名:　　受托人签名:　　申请日期:</td></tr>
<tr><td colspan="3">定点医疗机构审核意见:

审核部门:　　审核人:
年　月　日</td></tr>
</table>