

附件 3

## 长宁区特殊人群长期门诊代配药登记备案汇总表

XXXX 年 XX 月

机构名称:

序号	委托人姓名	委托人身份证号码	受托人姓名	受托人身份证号码	备案申请日期	备注
1						
2						
3						
:						
:						
:						
:						
:						
20						

填表日期:

填表人: