**患者领药委托授权书**

委托人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

被委托人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

与委托人关系\_\_\_\_\_\_\_\_\_(为直系亲属，包括父母\配偶\子女)

本人由于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_原因不能亲自到药店领取援助药品，现委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_作为我的合法代领人，代为领取阿托西班(商品名：依保)援助药品,对被委托人在办理领药过程中所签署的有关文件，我均已认可，并承担相应法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

望项目办公室知晓并审批。

委托人签字:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

被委托人签字:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签字日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_