

# 行动不便证明

患者姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_

身份证号码：\_\_\_\_\_

因\_\_\_\_\_原因（如身体原因、手术后等实际情况），行动不便本人无法前往药房领药。

特此证明

项目医生签字：

项目医生盖章：

时间：