

# 의약품 폐기 의뢰 확인서

□ 품명 및 수량

연 번	품 목	단 위	수 량	비 고
1	아미오다론	amp	30	2019.6.30 만료

상기 의약품을 폐기처분 (사유 : 유효기간 만료) 의뢰 합니다.

2019. 7 . 1 .

의뢰자 여의도119안전센터

계급 소방사 성명 박기호 (인)

확인자 신길용 성애병원

직책 간호사 성명 이진 (인)