

แบบฟอร์มขอสำรองยา Favipiravir ๒๐๐ mg (สำหรับ รพช ขอ สำรองจาก รพ อุตรดิตถ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. โรงพยาบาล (ผู้ขอสำรองยา) รหัสโรงพยาบาล

ผู้ประสานงาน ชื่อ โทรศัพท์

ตำแหน่ง.....

๒. จำนวนยาที่ต้องการเบิกสำรอง.....เม็ด

๓. เหตุผลในการขอสำรองยาคั้งนี้.....

๔. ผู้รับยา ชื่อ.....สกุล.....

เลขที่บัตรประชาชนโทรศัพท์

๕. วันที่รับยา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น

หมายเหตุ : รับยาที่ ห้องจ่ายยา ตึกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์