

แบบฟอร์มขอสำรองยา Favipiravir ๒๐๐ mg

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. โรงพยาบาล (ผู้ขอสำรองยา) อุตรรดิตถ์ รหัสโรงพยาบาล 10673

ผู้ประสานงาน ชื่อ **นางสาวเทียมใจ สกุล ตั้งเจริญไพศาล** โทรศัพท์ **0871945972.....**

ตำแหน่ง**เภสัชกรชำนาญการพิเศษ**

๒. จำนวนยาที่ต้องการเบิกสำรอง.....เม็ด

๓. เหตุผลในการขอสำรองยาคั้งนี้....ใช้รักษาผู้ป่วย covid-19

๔. ผู้รับยา ชื่อ.....สกุล.....

เลขที่บัตรประชาชนโทรศัพท์

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

หมายเหตุ : รับยาที่ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน อาคารผู้ป่วยนอก ตรงข้ามร้านอเมซอล โรงพยาบาลพุทธชินราช

รับยาแล้ว นำไปให้ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยอุบัติเหตุ รพ อุตรรดิตถ์ขอบคุณคะ

ผู้ประสานงาน ๑. ภก.เรืองศักดิ์ วิโรจน์วานิช โทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๗๓ ๐๗๘๙

๒. ภญ.กัญญาชนก จรุงศักดิ์ชัย โทรศัพท์ ๐๙ ๙๒๙๘ ๕๑๙๒

โทรศัพท์ ๐๕๕ - ๒๗๐ - ๓๐๐ ต่อ ๓๔๒๐๑-๕

โทรสาร -

อีเมล klungyabud@hotmail.com