

แบบฟอร์มขอสำรองยา

Favipiravir tab-200 mg (B020700-102)

วันที่..... ..เดือน. เมษายน.....พ.ศ.....2564.....

๑. โรงพยาบาล (ผู้ขอสำรองยา) อุดรดิตถ์ รหัสโรงพยาบาล 10673

ผู้ประสานงาน ชื่อ นางสาวเทียมใจ สกุล ตั้งเจริญไพศาล โทรศัพท์ 0871945972
ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ

๒. จำนวนยาที่ต้องการเบิกสำรอง.....เม็ด

๓. เหตุผลในการขอสำรองยารั้งนี้....สำรองยา สำหรับผู้ป่วย covid19.....

๔. ผู้รับยา ชื่อ.....สกุล.....

เลขที่บัตรประชาชน

โทรศัพท์

๕. วันที่รับยา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....2564.....เวลา.....น

รับยา ที่อาคารเภสัชกรรม ใกล้ห้องดับจิต โรงพยาบาลพุทธชินราช(รพท.001)

ผู้ประสานงาน 1. ภก.เรืองศักดิ์ วิโรจวาณิช โทรศัพท์ 08 1973 0789

2. ภญ.กัญญชนก จรุงศักดิ์ชัย โทรศัพท์ 09 9298 5192

โทรศัพท์ 055 -270 -300 ต่อ 03201-5

โทรสาร -

อีเมล klungyabud@hotmail.com