



ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 2 /ประเภท 5

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบกิจการบำบัด
โรคสัตว์ เลขที่.....โรงพยาบาลควนเนียง เลขที่1 หมู่ 10 ตำบลรัตภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา 90220 โทร 074-386-646 ต่อ 115

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่าย และจำนวน

ชื่อยา.....จำนวน.....lot No. Exp.....
ให้แก่(ชื่อผู้รับบริการรักษา/)
อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....
วันที่จ่าย.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลายมือชื่อ).....แพทย์ผู้สั่ง
พยาบาลที่บริหารยา.....พยาน.....ยาที่เหลือ.....
ลงชื่อผู้รับจากฝ่ายเภสัชกรรม.....วันที่.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก



ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 2 /ประเภท 5

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ/ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ใบอนุญาตประกอบกิจการบำบัด
โรคสัตว์ เลขที่.....โรงพยาบาลควนเนียง เลขที่1 หมู่ 10 ตำบลรัตภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา 90220 โทร 074-386-646 ต่อ 115

รายการยาเสพติดให้โทษที่สั่งจ่าย และจำนวน

ชื่อยา.....จำนวน.....lot No. Exp.....
ให้แก่(ชื่อผู้รับบริการรักษา/)
อยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....
วันที่จ่าย.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลายมือชื่อ).....แพทย์ผู้สั่ง
พยาบาลที่บริหารยา.....พยาน.....ยาที่เหลือ.....
ลงชื่อผู้รับจากฝ่ายเภสัชกรรม.....วันที่.....

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก