**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. เหตุผลในการขอสำรองยาครั้งนี้......................................................................................................**

 **๔. ผู้รับยา ชื่อ..........................................สกุล...........................................**

 **เลขที่บัตรประชาชน ...............................................................โทรศัพท์ ..................................**

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

**หมายเหตุ : รับยาที่ ห้องจ่ายยา ตึกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์**